第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

様式番号

印

○○市（町村）長

**中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減決定通知書**

**固定文言１＋編集１**

申請年月日に申請のありました、中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減確認申請につい

ては、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | 被保険者氏名 |  | |
|  | |  |  | |  |
| 決定年月日 | |  |  | | |
| 決定事項 | | | | | |
| １　承認する | 適用年月日　　　　　　　　　　　　　（承認内容）  有効期限  確認番号 | | | | |
| ２　承認しない |  | | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**不服の申立て及び取消訴訟**