第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**訪問介護利用者負担額減額認定決定通知書**

**（障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置）**

**固定文言１＋編集１**

申請年月日に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額認定申請については、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  負担者番号  受給者番号 | | |
| 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**