様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 様　 | 能代市長　　　　　　　　　 |

介護保険サービス利用者負担軽減対象決定通知書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

　先に申請のありました、介護保険サービス利用者負担軽減対象確認申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

・問い合わせ先