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