様式第2号(第5条関係)

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

粕屋町長　　　　　　　　　　印

訪問介護利用者負担額減額決定通知書

　先に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額については、下記のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |  | | | |
| 決定事項 | | | | | | | | | | | | |
| １承認する | 適用年月日  有効期限 | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号  公費受給者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |
| (承認内容) | | | | | | | | | | | |
| ２承認しない | 理由 | | | | | | | | | | | |