

年 月 日

様

堺市長



堺市社会福祉法人利用者負担軽減対象決定通知書

年 月 日付けで申請のあった社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の確認申請について、堺市社会福祉法人介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱第8項第2号の規定により、次のとおり決定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			
適用年月日	年 月 日	(承認内容)	社会福祉法人による利用者負担軽減制度
有効期限	年 月 日		軽減率
確認番号			
(理由)			