

堺市介護保険訪問介護等利用者負担額減額決定通知書

年 月 日

様

堺 市 長

印

年 月 日付けで申請のあった訪問介護等の利用者負担額に係る減額について、堺市介護保険制度における訪問介護等利用者負担額の減額に関する要綱第5条第1項の規定により、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	