**認知症グループホーム利用者負担軽減対象者通知書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

（事業所名　　　　　　　　　　）

　出雲市長　　　　　　　　印

認知症グループホーム利用者負担軽減対象者について、下記とおり通知します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者名 | 負担軽減対象 | 利用者負担段階 | 有効期間 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |
|  |  | 該当・非該当 | １ ・ ２ ・ ３ | 年　月　日～　年　月　日 |