

年 月 日

北海道北見市長

※この通知書は、黒色の電子公印を使用しています。

軽減法人等利用者負担軽減対象決定通知書 (軽減法人等による利用者負担の軽減措置)

先に申請のありました、軽減法人等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	軽減法人等利用者負担軽減
	有効期限	年 月 日	軽減率
	確認番号		
2 承認 しない	理 由		

<お問い合わせ先>

北見市保健福祉部介護福祉課 TEL 0157-25-1144 FAX 0157-26-6323
〒090-8501 北海道北見市大通西3丁目1番地1 北見市役所1階