様式第4号（第8条関係）

第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

丸亀市長

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象決定通知書

先に申請のありました社会福祉法人等による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 | | |  | |  | |
| 決定事項 | | | | | | |
| １　承認する | 適用年月日　　　　　　　　　　　　（承認内容）  有効期限　　　　　　　　　　　　・減額割合 | | | | | |
|  | 確認番号 | |  | |  |
|  | | | | | |
| ２　承認しない | 理由 | | | | | |