

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書（例）  
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

文書番号  
 平成 年 月 日

〒 9 9 9 - 9 9 9 9	
市 （町村）	
様	

市（町村）長 印

社会福祉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。

受給者氏名		受給者証番号	
-------	--	--------	--

決定年月日	平成 年 月 日		
決 定 事 項			
1 承認する	適用年月日	平成 年 月 日	
	有効期限	平成 年 月 日	
	承認内容		
2 承認しない	理 由		

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、市（町村）長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

市（町村） 課  
 住所  
 電話番号