

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日

松山市長



先に申請のありました、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。

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	（承認内容）
	有効期限	年	月	日	軽減割合
	確認番号				
2 承認しない	理由				

※ただし、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護老人福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る食費及び居住費又は滞在費の軽減は、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限り。