第26号様式(第19条第2項関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

第　　　号

年　月　日

　　　　　　　　　　　　様

多古町長　　　　　　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 | | 年　　月　　日 | |  |
| 決定事項 | | | | |
| １承認する | 適用年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 有効期限 | | 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つた日の翌日から起算して3か月以内に、多古町長に対して審査請求をすることができます。

問い合わせ先

　　多古町保健福祉課　　住所　多古町多古2848番地　　電話番号　0479-76-3185