

999-9999

N----- (25) -----N
 N----- (25) -----N
 N----- (25) -----N
 N----- (25) -----N
 N----- (25) -----N



お問い合わせ先

999-9999

N---- (15) ----N

N---- (15) ----N

N----- (20) -----N

N----- (20) -----N

電話 X---(15)---X

FAX X---(15)---X

介護保険料減免申請却下通知書

NNNNNN999999N

NNZ9年Z9月Z9日

大阪市長

NNZ9年Z9月Z9日付けの介護保険料の減免申請について、次のとおり却下したので通知します。

| | |
|--------|--|
| 被保険者番号 | N-- (10) --N |
| 被保険者氏名 | N----- (25) -----N N----- (25) -----N |
| 決定年月日 | NNZ9年Z9月Z9日 |
| 却下理由 | N----- (25) -----N |

注 この決定に不服がある場合の審査請求及び決定の取消しの訴えに関しては、裏面を参照ください。