

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： 9999999999999999
 FAX 9999999999999999

介護保険料減免取消通知書

NNNNNN9999999N
 NNNNNNNNNNNN

大阪市長

に承認した の介護保険料の減免について、
 次のおとり取り消したので通知します。

被保険者番号	9999999999
被保険者氏名	N----- (25) -----N N----- (25) -----N
取消年月日	NNNNNNNNNN
取消理由	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。