

●●-●●

大阪市●●●●●●●●丁目●●番●●号

●● ●● 様

お問い合わせ先

●●-●●

大阪市●●●●●●丁目●●番●●号

大阪市●●区保健福祉センター

保健福祉課（介護保険）<●階●●番>

電話 ●●-●●-●●

FAX ●●-●●-●●

介護保険料 減免取消  
減免申請却下

処分に係る取消通知書

●●保介第 ●●●●号  
年 月 日

大阪市長

●●年●月●●日付け●●保介第●●●●号にて決定した●●●●年度の介護保険料  
減免取消  
減免申請却下 について、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者番号	●●●●●●●●●●
被保険者氏名	●● ●●
取消年月日	●●年●●月●●
取消理由	●●●●●●

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。