NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

お問い合わせ先
NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
電話　XX-XXXX-XXXX
ＦＡＸ　XX-XXXX-XXXX

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者決定通知書
（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減事業）

NNNNN
NNNNNNNXXXXXXXN
NNＺ９NＺ９NＺ９N

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

大阪市長

ＮＮＺ９ＮＺ９ＮＺ９Ｎ付けで提出のあった社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請について次のとおり決定したので通知します。

保険者番号	××××××
被保険者番号	××××××××××
被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN