第3号様式

NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

お問い合わせ先
NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
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却下通知書
（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減事業）

NNNNN
NNNNNNNXXXXXXXN
NNZ9NZ9NZ9N

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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理由で却下したので通知します。

被保険者番号	XXXXXXXXXX
被保険者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNN
決定年月日	NNZ9NZ9NZ9N
却下理由	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
備　考	

注　この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に大阪市長に対して異議申立てをすることができます。
　また、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として決定の取消しの訴えを提起することもできます（起訴において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）。ただし、この処分について異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に当該訴えを提起することができます。