NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

お問い合わせ先

NNN－NNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNN
電話　　XX-XXXXX-XXXX
ＦＡＸ　XX-XXXXX-XXXX

訪問介護等利用者負担額減額決定通知書
（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置）

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNXXXXXXXN
NN９９NZ９NZ９N

大阪市長

ＮＮ９９ＮＺ９ＮＺ９Ｎ付けで提出のあった訪問介護等利用者に係る利用者負担額の減額申請について、訪問介護等利用者負担額減額（特別対策）補助事業実施要綱の規定により次のとおり決定したので通知します。

介護保険 被保険者番号	９９９９９９９９９
受給者氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
決定年月日	ＮＮ９９ＮＺ９ＮＺ９Ｎ
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 公費負担者番号　９９９９９９９９　　公費受給者番号　９９９９９９９
適用年月日	ＮＮ９９ＮＺ９ＮＺ９Ｎ
有効期限	ＮＮ９９ＮＺ９ＮＺ９Ｎ
備　　考	サービスを受けるときは、同封した訪問介護等利用者負担額減額認定証を提示してください。

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。