様式第50号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (文書の記号)第何号  　　　　年　　月　　日  〒  　　　　　　　　様  小野町長　　　　　　　　　　印  介護保険料減免決定通知書  さきに申請がありました　　　　年度分介護保険料の減免については、下記の通り承認・不承認と決定しましたので通知します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 減免決定年月日 | |  | | | 決定した減免額 | | | |  | | | | | | | | |  |
| 減免前保険料額 | |  | | | 減免後保険料額 | | | |  | | | | | | | | |
| 不承認理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 納期 | | 減免前保険料額 | | 減免額 | | | | | 減免後保険料額 | | | | | | | | |  |
| 7月(第1期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 8月(第2期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 9月(第3期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 11月(第4期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 12月(第5期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 1月(第6期) | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 合計 | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 問い合わせ先  〒963―3492  福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地  福島県田村郡小野町役場　　　課　　　　電話番号  不服の申立  この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。  福島県介護保険審査会(福島県担当部署)  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |