

様

浜田地区広域行政組合
管理者

介護保険利用者負担額還付通知書

先に申請のありました利用者負担額の還付については、下記のとおり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	
--------	--	--------	--

交付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
提供年月	年 月 日		
対象サービス			
還付金額	円		
	内訳：		

振込先	金融機関名	
	支店名	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	
	振込予定日	年 月 日