

様式第 2 号

国民健康保険一部負担金免除等承認・不承認決定通知書

年 月 日				
様				
岸和田市長 (印)				
整理番号		記号番号	岸国	
療養の給付 をうける者	氏名	住所		
	年 月 日生	世帯主氏名		
承認	免除	割合 期間	10 割 ヶ月	
	徴収猶予	期間	ヶ月	
	備考			
不承認	理由			
(注意)				
(教示)				