

様式第1号(第2条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)					
年 月 日					
様					
所在地 申請者 名 称					
印					
社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。					
申 請 者	フ リ ガ ナ 名 称				
	主たる事務所の 所 在 地	〒			
	連 絡 先	電話番号	FAX番号		
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名		
	代表者の住所	〒			
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地	実施事業の種類		

備考 1 「事業所の名称」については、事業所が複数ある場合は、すべて記入してください。

2 「実施事業の種類」については、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護のうち、該当するサービスの種類を記載してください。

別紙

サービス利用者の保険者である市町村

(法人名 )

市 町 村 名	特別養護老人 ホ ー ム	デイサービス	ショートステイ	ホームヘルプ サ ー ビ ス

(注) サービス利用者の保険者である市町村名を記入し、該当するサービス欄に○をしてください。