別紙様式１

社会福祉法人等による利用者負担額軽減実施申出書

（社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業）

令和　　年　　月　　日

市町村町　　　　様

住所

名称

申請者

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を下記のとおり実施したいので申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人 | ふりがな  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 |  | | 氏名 |  |
| 軽減実施事業所 | 名称 | 所在地 | | 電話番号 | | 事業の種類 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |

※「事業の種類」欄には、訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・地域密着型老人福祉施設入所者生活介護・複合型サービス・介護福祉施設サービス・介護予防訪問介護・介護予防通所介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の別を記入