様式第1号（第3条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減制度実施申出書

　　　 　　年　　　月　　　日

　殿

所在地

申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

名　 称

社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱（平成24年要綱第31号）に基づき、下記のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出法人 | ふりがな  名　　　称 |  | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | |
| 電話番号  FAX番号 |  | | | 軽減開始時期  　　年　　月　　日 | |
| 代表者の  職・氏名 | 職 | | 氏名 | | |
| 実施予定事業所 | 事業所番号 | 事業所の名称 | 所　　　在　　　地 | | | 実施事業の種類 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |