

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生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業）

年 月 日

殿

申出者 （法人の所在地）
 （法人の名称）
 （法人の代表者の職氏名）

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。

申出者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の 所在地	（郵便番号 ー ）			
	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	（郵便番号 ー ）			
軽減実施予定事業所の状況	事業所の名称 （事業所の番号）	所在地	実施事業の種類		
				
				
				
				
				
				
				

軽減開始日 年 月 日