

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)

第 号
年 月 日

青 森 県 知 事 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。

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

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		F A X 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

記載例

〇〇〇第〇号
令和元年7月1日

青森県知事 殿

申出者 (法人の所在地) 青森県A市A町1-1
(法人の名称) 社会福祉法人 青森会
(法人の代表者の職氏名) 青森 太郎 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。

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

申出者	フリガナ	シャカイフクシホウジン アオモリカイ			
	名	社会福祉法人 青森会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号000-0000) 青森県A市A町1-1			
	連絡先	電話番号	1111-11-1111	FAX番号	2222-22-2222
	代表者の職氏名	職名	理事長	フリガナ氏名	アオモリ タロウ 青森 太郎
	代表者の住所	(郵便番号333-3333) 青森県B市B町1-1			
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		
	ヘルパーステーション〇〇 0000000000	青森県A市A町1-1	訪問介護 介護予防訪問介護		

軽減開始日 令和元年8月1日