

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

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。

事業所番号									
フリガナ 名 称									
事務所又は施設の所在地	(郵便番号 -)								
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 -)								
実施サービスの種類 (該当するものに○)	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	地域密着型 通所介護	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 介護老人福 祉施設入所 者生活介護
	看護小規模 多機能型居 宅介護	介護福祉施 設サービス	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	第一号訪問 事業 (注)	第一号通所 事業 (注)		

(注) 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 (自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)