社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書

年　　月　　日

　田村市長様

申請　住所

名称　　　　　　　　　　印

　社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | FAX番号  e―mailアドレス | |  |
| 代表者の職・氏名 | | 職名 |  | フリガナ  氏名 | |  |
| 代表者の住所 | 〒 | | | | |
| 軽減実施予定事業所の状況 | | 事業所の名称 | 所在地 | | | 実施事業の種類 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |