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 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |