

様式第1号（第3条関係）

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に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度）

年 月 日

福津市長殿

所在地  
申請者 法人名  
代表者 印

社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減を実施するので、下記のとおり申し出ます。

申請者 (法人)	フリガナ 名称				
	主たる事業所の所在地	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	
	軽減の開始時期	年 月 日			
軽減を実施する事業所	事業所の名称	所在地			実施事業の種類 事業所番号

※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の事業所番号については、それぞれ短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護の事業所番号と同番号を記入して下さい。