

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書
〔 世田谷区制度 〕

年 月 日

世田谷区長 あて

所在地
申請者 事業者(法人)名
代表者職・氏名

生計困難者等に対する利用者負担額の軽減を下記のとおり実施しますので、申し出ます。

申請者	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー)				
	事業者(法人)名						
	連絡先		担当部署 担当者名 電話番号			FAX番号	
軽減を実施する事業所の状況	開始年月 (減額を始める月)	実施事業の種類	事業所の名称	事業所番号	サービス提供地域	事業所の所在地	
	年 月					事業所の連絡先	
						(郵便番号 ー)	
						電話番号	
	年 月					(郵便番号 ー)	
						電話番号	
	年 月					(郵便番号 ー)	
						電話番号	
	年 月					(郵便番号 ー)	
						電話番号	
	年 月					(郵便番号 ー)	
						電話番号	

(注) 同一事業所において、介護サービスと介護予防サービスの両方で軽減を行う場合は、例えば訪問看護であれば、「訪問看護(介護予防を含む)」と記載してください。

【提出先】 本申出書は、世田谷区長宛に1部作成し、区の介護保険課へ提出してください。

- 1 世田谷区介護保険利用者負担軽減措置実施要綱(平成12年5月31日世在サ管発第311号)に基づき、利用者負担の軽減措置を実施します。
- 2 軽減負担の実施にあたっては、「生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証」の有無を確認します。
- 3 軽減に要した費用は、毎月ごとに世田谷区が定める請求書に、居宅サービス介護給付費明細書の写し及びサービス利用状況を証する書類を添付して翌月20日までに世田谷区に請求します。