

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書

記入例

令和●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 ●●●●

法人の住所・事業者(法人)名・代表者職・氏名をご記入ください

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●●●●-●●●●) ●●●●	
	事業者(法人)名		●●●●	
利用者負担軽減を始める月です。事業所の介護サービス開始年月ではありません。	先		担当部署 ●●●● 担当者名 ●●●● 電話番号 ●●●●	FAX番号 ●●●●
	開始年月(減額を始める月)	実施事業の種類(注)	事業所の名称	事業所番号
軽減を実施する事業所の状況	令和●年4月	介護福祉施設サービス	●●●●	1234567890
	令和●年4月	短期入所生活介護	●●●●	1234567890
	令和●年4月	通所介護	●●●●	1234567891
	令和●年4月	総合事業通所介護サービス	●●●●	1234567891
	年 月			
1. 実施事業の種類は、今回登録するサービスを記入してください。 2. 同一事業所で、複数サービスを登録する場合は、別行としてください。				
				電話番号

世田谷区 大田区 目黒区 (郵便番号●●●●-●●●●) 東京都●区●●9-9-9 電話番号03-●●●●-●●●●

世田谷区 大田区 目黒区 (郵便番号●●●●-●●●●) 東京都●区●●9-9-9 電話番号03-●●●●-●●●●

世田谷区 大田区 目黒区 (郵便番号●●●●-●●●●) 東京都●区●●9-9-10 電話番号03-●●●●-●●●●

世田谷区 (郵便番号●●●●-●●●●) 東京都●区●●9-9-10 電話番号03-●●●●-●●●●