

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書

[ 介護保険サービス提供事業者による生計困難者に対する利用者負担額軽減制度 ]

年 月 日

東京都知事 あて  
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					(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							

【提出先】本申出書は、世田谷区長と東京都知事宛に各1部ずつ作成し、区及び都の介護保険課へ提出してください。