（別添様式）

**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利用者負担の軽減制度）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

 　加 古 川 市 長　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

 　　　　　　　　　　　　申請者　　 法人名

 　　　　　　　　　　　　 代表者

 　社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記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 | （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 ｶﾞ ﾅ氏　　名 |
| 　代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 軽減実施予定事業所の状況 | 事業所の名称（介護保険事業者番号） | 所　　在　　地 | 実施事業の種類（離島等分は○囲み） |
| （ ） |  |  |
| （ ） |  |  |
| （ ） |  |  |
| （ ） |  |  |
| （ ） |  |  |
| （ ） |  |  |

　注１）原則として、軽減対象とされているサービスを実施する全事業所・施設を申し出ください。

 注２）離島等地域に所在する訪問介護事業所で、特別地域加算に相当する利用者負担の軽減を実施され

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　る場合は、実施事業の種類欄に記載する訪問介護の事業名を○囲み願います。（例 |  訪問介護 | ） |