生計困難者等に対する利用負担額軽減申出書

（介護保険サービス提供事業者による生計困難者等に対  
する利用者負担制度）

年　　月　　日

　　　　調布市長　宛

所　　 在　　 地

申請者　事業者（法人）名

代表者名　　　　　　　　　印

　　介護保険サービス提供事業者による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減を次のとおり実施しますので，申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 主たる事業所の所在地 | | | （郵便番号　　―　　） | | |
| 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 者 の 状 況 | 開始年月（軽減を始める月） | 実施事業の種類（注） | 事業所の名称 | | 事業所コード | 事業所の所在地 |
| 事業所の連絡先 |
| 年　 月 |  |  | |  | （郵便番号　　―　　） |
| 電話番号 |
| 年　 月 |  |  | |  | （郵便番号　　―　　） |
| 電話番号 |
| 年　 月 |  |  | |  | （郵便番号　　―　　） |
| 電話番号 |
| 年　 月 |  |  | |  | （郵便番号　　―　　） |
| 電話番号 |

　注　同一事業所において，介護サービス，介護予防サービス及び調布市介護予防・日常生活支援総合事業における第１号事業（国基準サービス）の軽減を行う場合には，それらを併記してください。（例：訪問介護（介護予防及び第１号訪問事業を含む。））