

第1号様式（第3関係）

生計困難者等に対する利用負担額軽減申出書
 （社会福祉法人等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

社会福祉法人等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 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 | |
| | 年 月 | | | | 事業所の連絡先 | |
| | | | | | (郵便番号 ー) | |
| | 年 月 | | | | 電話番号 | |
| | | | | | (郵便番号 ー) | |
| | 年 月 | | | | 電話番号 | |
| | | | | | (郵便番号 ー) | |
| | 年 月 | | | | 電話番号 | |
| | | | | | (郵便番号 ー) | |
| | 年 月 | | | | 電話番号 | |
| | | | | | (郵便番号 ー) | |

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。））