

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 )
					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

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。））