第6号様式

社会福祉法人等による介護保険サービス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額軽減事業）

令和　　年　　月　　日

様

所 在 地

法人名称

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次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		フリガナ 氏　名	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　）			

軽減実施予定事業所	事業所の名称	事業者番号	所　在　地	実施事業の種類