

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変更申出書
 (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変更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 -)			
	事業所の名称	事業者番号	所在地	実施事業の種類	
変更前					
変更後					