第8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額軽減廃止申出書

（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廃止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　　－　　）			
軽減廃止予定事業所	事 業 所 の 名 称	事業者番号	所 在 地		実施事業の種類