

生計困難者に対する利用者負担額軽減申出書

〔 介護保険サービス提供事業者による生計困難者に対する利用者負担額軽減制度 〕

年 月 日

(あて先)三鷹市長

所在地
申請者 事業者(法人)名
代表者名

⑩

介護保険サービス提供事業者による生計困難者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下記のとおり実施しますので、申し出ます。

記

| | | | | |
|---------------|------------|--------|--------|--------|
| 申請者 | 主たる事務所の所在地 | 〒 ー | | |
| | 事業者(法人)名 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | |
| 軽減を実施する事業所の状況 | 実施事業の種類 | 事業所の名称 | 事業所コード | 所在地 |
| | | | | 連絡先 |
| | | | | (〒 ー) |
| | | | | 電話番号 |
| | | | | (〒 ー) |
| | | | | 電話番号 |
| | | | | (〒 ー) |
| | | | | 電話番号 |
| | | | | (〒 ー) |
| | | | | 電話番号 |
| | | | | (〒 ー) |
| | | | | 電話番号 |