

社会福祉法人等による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の軽減制度)

令和 年 月 日

大分市長 殿

所在地

申請者

名称

印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記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	(〒 -)		
	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	(〒 -)		
軽減実施事業所の状況	事業所の名称	所在地		実施事業の種類

- 備考 1 「事業所の名称」については、事業所が複数ある場合、すべて記載してください。
2 「実施事業の種類」については、訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業より、該当するサービスの種類を記載してください。