福生市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申出書

年　　月　　日

福生市長　宛て

所　　在　　地
事業者(法人)名
代表者職・氏名　　㊞

生計困難者に対する利用者負担額の軽減を次のとおり実施しますので、申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>主たる事業所の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　―　　）</td></tr>
<tr><td>事業者（法人）名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td colspan="4">電話番号　　ＦＡＸ番号</td></tr>
<tr><td rowspan="12">軽減を実施する事業所の状況</td><td rowspan="2">事業開始年月</td><td rowspan="2">実施事業の種類</td><td rowspan="2" colspan="2">事業所の名称</td><td rowspan="2">事業所コード</td><td>事業所の所在地</td></tr>
<tr><td>事業所の連絡先</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>（郵便番号　―　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>（郵便番号　―　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>（郵便番号　―　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>（郵便番号　―　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>（郵便番号　―　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td></tr>
</table>