

福生市社会福祉法人等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。

申請者	主たる事業所の所在地		(郵便番号 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	事業開始年月	実施事業の種類	事業所の名称	事業所コード	事業所の所在地
					事業所の連絡先
	年 月				(郵便番号 ー)
					電話番号
	年 月				(郵便番号 ー)
					電話番号
	年 月				(郵便番号 ー)
					電話番号
	年 月				(郵便番号 ー)
					電話番号
	年 月				(郵便番号 ー)
					電話番号