様式第１号（第４条関係）

富士吉田市社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業申出書

（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制度）

　　　　年　　月　　日

富士吉田市長　様

所在地

申請者

名　称

　社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業を次のとおり実施するので申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請      者 | 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 | |  | 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　　 ） | | | | |
| 軽減実施事業所の状況 | 事業所の名称  （事業所番号） | 所　　　在　　　地  （電話番号） | | | | 実施事業の種類 |
| （　　　　　　　） | 〒  （　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
| （　　　　　　　） | 〒  （　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
| （　　　　　　　） | 〒  （　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
| （　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
| 軽減事業実施年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |