

様式第1号(第5条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業申出書

年 月 日

沖縄県介護保険広域連合長 様

住 所
法人等名
代 表 者

沖縄県介護保険広域連合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制度事業実施要綱に基づく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				
	主たる事業者の 所 在 地	(郵便番号 ー)			
	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	(郵便番号 ー)			
軽減の開始時期		年 月 日			
軽減 実施 予定 事業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地		実施事業の種類	

※注意事項

本事業を行う法人等は、その提供するすべての上記のサービスについて利用者負担額の軽減を行うものとする。