（別記様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　香川県知事　　殿

　　　　　　市（町）長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者　主たる事務所の所在地

　　　 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名

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生計困難者等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を実施したいので、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所（施設）の  名称 | 事業所  番号 | 事業所（施設）の所在地 | サービスの種類 | 軽減開始  年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注１　高松市長に提出する場合は、提出先の「香川県知事　殿」を削除すること。

注２　サービスの種類の欄には、「訪問介護」、「通所介護」、「短期入所生活介護」など、低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について（平成１２年５月１日老発第４７４号厚生省老人保健　福祉局長通知）の（別添２）社会福祉法人等による生計困難者等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３の(２)に規定する減額の対象となる介護保険サービスの種類を記載すること。