（別記様式２）

（事業所・サービスを追加する場合の記載例）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇年〇月〇日

　香川県知事　　殿

　　　　　　市（町）長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者　主たる事務所の所在地　〇市○町１２３－４

 　　　 名称　　　　　　　　　社会福祉法人〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名　　　　　理事長　○○○〇

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書記載事項変更届

　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の

申出書記載事項を変更したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更する事項 | 事業所・サービスの追加 |
| 変更年月日 | 〇年〇月〇日 |
| 変更の内容 | （変更前）　― |
| （変更後）事業所の名称　：〇〇〇〇事業所番号　　：〇〇〇〇事業所の所在地：〇市○町１２３－４サービスの種類：通所介護、介護予防通所介護軽減開始年月日：〇年〇月〇日（または、任意様式による別紙添付でも可） |

（別紙添付する場合の任意様式例）

別紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 〇市○町１２３－４ | 通所介護 | 〇年〇月〇日 |
| 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 〇市○町１２３－４ | 介護予防通所介護 | 〇年〇月〇日 |
| □□□□ | □□□□ | 〇市□町４５６－７ | 介護老人福祉施設 | 〇年〇月〇日 |
| □□□□ | □□□□ | 〇市□町４５６－７ | 短期入所生活介護 | 〇年〇月〇日 |
| □□□□ | □□□□ | 〇市□町４５６－７ | 介護予防短期入所生活介護 | 〇年〇月〇日 |

追加事業所一覧