（別記様式３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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廃止届

　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を廃止したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止年月日 |  |
| 廃止の理由 |  |