|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減措置）  年　　　月　　　日  沖縄県知事（うるま市長）　様    所在地  申請者　法人名称  理事長　　　　　　　　　　　　　　　㊞  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軽減措置を実施するので、下記のとおり申し出ます。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請者（法人） | フリガナ  名　　称 |  | | | | | 主たる事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  | | 代表者の職・氏名 | 職　名 |  | フリガナ  氏　名 |  | | 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | 軽減を実施する事業所 | 事業所の名称 | 所在地 | | | 実施事業所種類 | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |