|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |