

生計困難者等に対す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利用者負担軽減制度〕

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 所在地
事業者（法人）名
代表者職・氏名 印

生計困難者等に対する利用者負担額の軽減を下記のとおり実施しますので、申し出ます。

申請者	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)		
	事業者（法人）名				
	連絡先		担当部署 担当者名 電話番号 FAX番号		
軽減を実施する事業所の状況	開始年月 (軽減を始める月)	実施事業の種類（注）	事業所の名称	事業所番号	事業所の所在地
	年 月				事業所の連絡先
					(郵便番号 -)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 -)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 -)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 -)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 -)
	年 月				電話番号
(郵便番号 -)					

(注) 同一事業所において、介護サービスと介護予防サービスの両方で軽減を行う場合は、例えば訪問介護であれば、「訪問介護（介護予防を含む。）」と記載してください。