

第1号様式(第4条)

東村山市介護保険サービス提供事業者利用者負担額
軽減事業実施申出書

年 月 日

(あて先)東村山市長

所在地

申請者 事業者(法人)名

代表者名



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		(千 一)		
	事業者(法人)名				
	連 絡 先		電話番号	FAX番号	
軽 減 を 実 施 す る 事 業 所 の 状 況	事業開始年月	実施事業の種類	事業所の名称	事業所コード	所 在 地
	年 月				連 絡 先
	年 月				(千 一)
	年 月				(千 一)
	年 月				(千 一)
	年 月				(千 一)