

第1号様式(第4条)

東村山市社会福祉法人等介護保険サービス利用者負担額  
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 ー )		
	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 ー )
	年 月				( 千 ー )
	年 月				( 千 ー )
	年 月				( 千 ー )
	年 月				( 千 ー )