

様式1

社会福祉法人等による利用者負担減額申出書
(社会福祉法人等による利用者負担の減額措置)

区分	1 社会福祉法人	2 民間企業	3 その他法人	4 市町村
令和 年 月 日				
札幌市長 様				
所在地				
事業者 名称				
代表者氏名				
印				
社会福祉法人等による利用者負担の減額を次のとおり実施するので申し出ます。				
法人の 主たる 事務所	フリガナ 名称			
	主たる事務 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
	担当者の 職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名
減額 実施 事業所	事業所の名称	実施事業の種類	事業所所在地等	
			住所： TEL Fax	
(減額措置の概要：詳細は別添資料のとおり)				

記 載 例

社会福祉法人等による利用者負担減額申出書
(社会福祉法人等による利用者負担の減額措置)

区分	1 社会福祉法人	2 民間企業	3 その他法人	4 市町村
----	----------	--------	---------	-------

令和 年 月 日

提出日を記載してください。

札幌市長 様

設置主体の法人の理事長名を記載してください。

所在地 札幌市中央区北1条西2丁目
事業者 名称 福) 札幌市介護保険会
代表者氏名 ○○ △△

設置主体の法人の情報を記載してください。

社会福祉法人等による利用者負担の減額を次のとおり実施するので申し出ます。

理事長印

法人の 主たる 事務所	フリガナ 名称	シヤカイフクホリジン サッポロノカイゴホケンカイ 社会福祉法人 札幌市介護保険会			
	主たる事務 所の所在地	(郵便番号060-8611) 札幌市中央区北1条西2丁目			
	連絡先	電話番号	011-211-2972	Fax 番号	011-218-5187
	代表者の 職・氏名	職 名	理事長	フリガナ 氏 名	○○ △△
	担当者の 職・氏名	職 名	事務長	フリガナ 氏 名	●● ▲▲

理事長印を押印してください。

減 額 実 施 事 業 所	事業所の名称	実施事業の種類	事業所所在地等	
	特別養護老人ホーム ○○園	介護福祉施設サービス	住所：札幌市中央区北○条西●丁目 Tel011-211-△△△△ Fax011-218-▲▲▲▲	
	○○短期入所生活 介護事業所	(介護予防) 短期入所生活 介護	住所：同上 Tel Fax	
	●●通所介護事業 所	・(介護予防) 通所介護 ・(介護予防) 認知症対応型通所介護	住所：同上 Tel Fax	
	△△訪問介護事業 所	(介護予防) 訪問介護	住所：同上 Tel Fax	
	▲▲小規模多機能 型居宅介護事業所	(介護予防) 小規模多機 能型居宅介護事業所	住所：札幌市北区△条▲丁目 Tel011-211-□□□□ Fax011-218-■□□■	

(減額実施概要：詳細は別添資料のとおり)

減額措置事業を実施している事業所等（現在、対象者がいない事業所等を含む。）の情報（「実施事業の種類」については実施しているサービス種別をすべて）をすべて記載してください。行が足りない場合は、「別紙のとおり」と記載していただき、同内容を記載した別紙を添付してください。

**資料の添付は必要ありません。
連絡先のメールアドレスの記入をお願いいたします。**

