社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施申出書

様式

　　年　　月　　日

福井県知事　　　　　　　様

○○市町長　　　　　　　様

　　　　　所在地

　申請者　法人名

代表者名

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額の軽減を下記のとおり実施するので、申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | フリガナ法人等の名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 軽減実施予定事業所 | 事業所の名称 | 事業所の所在地 | 対象となる介護サービス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 備　考 |  |

1. 訪問介護、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）に係る利用者負担額並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費（短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費（滞在費）については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。）

（注２）この申出書は福井県知事と各市町長に１部ずつ提出してください。