

野田市社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減申出書

(宛先)野田市長

所在地  
申請者  
名 称

次のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減を実施するので申出します。

申 請 者	ふりがな 名 称				
	主たる事業所 の所在地	(郵便番号 - )			
	連 絡 先	電話番号			
	代表者の職・ 氏名	職 名		ふりがな 名 称	
	代表者の住所	(郵便番号 - )			
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地		サ ー ビ ス の 種 類	