

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出取下書

世田谷区制度

年 月 日

世田谷区長 あて

所在地
申請者 事業者(法人)名
代表者職・氏名

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取り下げます。

申請者	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー)				
	事業者(法人)名						
	連絡先		担当部署 担当者名 電話番号			FAX番号	
軽減申出を取下げ る事業所の 状況	取下半年月(減額を実施する最終月)	実施事業の種類(注)	事業所の名称	事業所番号	サービス提供地域	取下げ理由	事業所の所在地
	年 月						事業所の連絡先
							(郵便番号 ー)
							電話番号
	年 月						(郵便番号 ー)
							電話番号
	年 月						(郵便番号 ー)
							電話番号
	年 月						(郵便番号 ー)
							電話番号

(注) 同一事業所において、介護サービスと介護予防サービスの両方で軽減を行う場合は、例えば訪問看護であれば、「訪問看護(介護予防を含む)」と記載してください。

【提出先】 本取下書は、世田谷区長宛に1部作成し、区の介護保険課へ提出してください。