別記様式第1号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担額減額実施届

年　　月　　日

　　宇治市長あて

所在地

法人名

代表者名

　　社会福祉法人等による利用者負担額の減額を次のとおり実施するので、宇治市社会福祉法人等介護保険利用者負担額減額助成金交付要綱第7条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | ファックス番号 | |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | |  | | フリガナ  氏名 | |  |
| 代表者の住所 | 〒 | | | | | | |
| 減額実施予定事業所の状況 | 事業所の名称 | | 所在地 | | 実施事業の種類 | | 減額開始年月日 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |