社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

　　年　　月　　日

南部箕蚊屋広域連合長　様

申請者　　所 在 地

　　　　　 　　名　　称　　　　 　　　　　　　　　　　　　代表者名

南部箕蚊屋広域連合において認定された利用者負担軽減対象者に対して、下記のとおり介護（予防）サービス及び食費、居住費等の利用者負担を軽減する旨を申し出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 介護保険事業所名 | 提供  サービス名 | 軽減申出  サービス名 | 軽減開始年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（注１）本軽減制度は次の１６種類の介護サービスが該当しますので、提供サービス名、軽減申出サービス名の欄にはA～Pでご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| A　訪問介護 | J　複合型サービス |
| B　通所介護 | K　介護福祉施設サービス |
| C　短期入所生活介護 | L　介護予防短期入所生活介護 |
| D　定期巡回・随時対応型型訪問介護看護 | M　介護予防認知症対応型通所介護 |
| E　夜間対応型訪問介護 | N　介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| F　地域密着型通所介護 | O　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 |
| G　認知症対応型通所介護 | P　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 |
| H　小規模多機能型居宅介護 |  |
| I　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |