

社会福祉法人利用者負担軽減実施届出書

施設を所有する法人の所在地、法人の名称、代表者名を記入してください。

株式会社（第2条関係）

京都市社会福祉法人利用者負担軽減実施届出書

届出年月日を記入してください。

（送先）京都市長	令和2年4月1日
主たる事務所の所在地 京都市中京区●●●	法人の名称及び代表者名 京都介護センターABC(株) 介護五郎

印

代表者印を押印してください。

京都市社会福祉法人利用者負担軽減制度事業実施要綱第2条
利用者負担軽減を行うことを届け出ます。

指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護老人福祉施設、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者	事業所の名称	所在地	サービスの種類
	特別養護 老人ホームあかさたな	京都市中京区▲▲▲	地域密着型

事業所の名称、所在地、サービスの種類を記入してください。