第1号様式（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

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）京　都　市　長 | 年　　　月　　　日 |
| 主たる事務所の所在地 | 法人の名称及び代表者名 |

|  |
| --- |
| 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条の規定により下記のとおり利用者負担軽減を行うことを届け出ます。 |
| 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，指定介護老人福祉施設，指定介護予防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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |