

社会福祉法人利用者負担軽減廃止（変更）届出書

届出年月日を記入してください。

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。

（宛先） 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



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条第4項

利用者負担の軽減を下記のとおり **廃止** することを届け出ます。
変更

「廃止」又は「変更」に○を付けてください。

廃止（変更）する月

令和2年4月

廃止（変更）する年月を記入してください。

廃止（変更）の理由

人件費の高騰と重度化による入院者が増加することによる稼働率の低下。これ以上の収入減を回避し、安定した施設運営を継続するため。

廃止（変更）する理由を詳細に記入してください。

備考

通所介護、認知症対応型通所介護、
短期入所生活介護、介護老人福祉施設

法人が廃止（変更）するサービス種別を全て記入してください。