

社会福祉法人利用者負担軽減事業 届出事項変更届

豊中市長

(届出者) 氏名

住所

電話番号

対象者との関係

<軽減対象者基本情報>(必須)

フリガナ			
名前		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	電話番号	- -
住所	〒 - 豊中市		

<現在の利用状況>(必須)

現在利用中のサービス名			
現在利用中の法人名		現在利用中の事業所名	

<変更> ※変更の場合はこちらへ記入してください

新サービス利用開始日	年 月 日		
変更後の法人名と変更後の事業所名	法人名		
	事業所名		
変更後の利用サービス名 ※利用サービスに☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 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 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 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 ^注		

注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限りま。

<追加> ※追加の場合はこちらへ記入してください

追加サービス利用開始日	年 月 日		
追加法人名と追加事業所名	法人名		
	事業所名		
追加する利用サービス名 ※利用サービスに☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 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 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 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 ^注		

注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限りま。