第９号様式（第１１条関係）

上越市介護保険サービス利用者負担金助成事業利用者負担金軽減申出書

令和　　年　　月　　日

（宛先）上越市長

次のとおり利用者負担金の軽減の実施を申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="6">申出者</td><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連　絡　先</td><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>代表者の職・氏名</td><td>職　名</td><td></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>軽減開始年月</td><td colspan="4">年　　月</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="7">軽減実施予定事業所</td><td>事業所番号</td><td>名　　称</td><td>所　在　地</td><td>サービスの種類</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>