

様式第 11 号（第 21 条関係）

## 社会福祉法人等による利用者負担 軽減制度事業実績報告書

第 号

年 月 日

（あて先） 仙 台 市 長

所在地

申請者 名 称

代表者

（介護保険事業所番号 事 業 所 名）

年 月 日付け仙台市（健保介）指令第 号で交付決定のあった社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業について、下記のとおり実施したので、社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業実施要綱（平成 12 年 9 月 29 日健康福祉局長決裁）第 21 条の規定により関係書類を添えて報告します。

記

- ・ 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金事業報告書（別紙 1）