（様式２）

社会福祉法人以外の事業主体の利用者負担軽減協議書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　北海道知事　様

　所　在　地

事業者 名　　　称

代表者氏名 印

　社会福祉法人以外の事業主体による利用者負担の軽減事業を次のとおり実施したいので、協議します。

１　対象サービスの実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象  サービス | 社福サービス | | 社福以外の実施事業者名（全て記入） | | | |
| 有 | 無 |
| 特養 |  |  |  |  |  |  |
| デイ |  |  |  |  |  |  |
| ショート |  |  |  |  |  |  |
| ヘルプ |  |  |  |  |  |  |

２　実施事業者、事業所及び実施する理由

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の主たる  事務所 | フリガナ  名　　称 |  | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  |
| 代表者の  職・氏名 | 職　　名 | |  | | フリガナ  氏　　名 |  |
| 担当者の  職・氏名 | 職　　名 | |  | | フリガナ  氏　　名 |  |
| 軽減実施事業所 | 事業所の名称 | | 実施事業の種類 | | 事業所所在地等 | | |
|  | |  | | 住所  TEL 　FAX | | |
|  | |  | | 住所  TEL 　FAX | | |
|  | |  | | 住所  TEL 　FAX | | |
|  | |  | | 住所  TEL 　FAX | | |
|  | |  | | 住所  TEL 　FAX | | |
| （軽減措置の概要：詳細は別添資料のとおり） | | | | | | | |
| 実施する理由 | | | | | | | |

　　※　本協議書を提出する法人にあっては、事前に市町村の同意を得たうえで、市町村経由により

　　　事業所を所管する総合振興局（振興局）あてに提出してださい。