様式第１号

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施申出書

年　　月　　日

福井県知事　　様
永平寺町長　　様

所在地
申請者　法人名
代表者名

社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減を下記のとおり実施するので、申し出ます。

申請者	フリガナ 法人等の名称				
	主たる事務所の所在地	（〒　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
軽減実施予定事業所	事業所の名称		事業所の所在地		対象となる介護サービス
備考					

（注1）訪問介護、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに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及び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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）に係る利用者負担額並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費（短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費（滞在費）については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。）

（注2）この申出書は福井県知事と各市町長に1部ずつ提出してください。

様式第２号

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男　・　女
住所	〒 電話番号		
利用者負担額減額申請理由			

		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

永平寺町長　　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　電話番号

※　認定証の送付先（上記住所と異なる場合に記入願います。）

〒

永平寺町記入欄

交付年月日	備考
年　　月　　日	（生計中心者の所得状況等を把握）
適用年月日	
年　　月　　日 から	
有効期限	
年　　月　　日 まで	

市民税(本人)	市民税(世帯)	老齢福祉年金	生活保護	在宅・施設	減額割合
非・課	非・課	有・無	有・無	在宅・施設	/100

【裏面のチェックシートにもご記入ください】

様式第２号

軽減該当チェックシート

あなたの収入内訳等を教えて下さい。（該当するものを丸で囲む又はチェックをする。）
収入には、給与収入のほか、年金収入（遺族・障害者年金を含む）、仕送り等を含みます。

■単身世帯の場合

●収入要件 年収は、150 万円以下である。　はい・いいえ
●預貯金等 預貯金、有価証券、債権等がない、または合計額が単身世帯で 350 万円以下である。 はい・いいえ
●日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない。 （土地、貸家、アパート等）　はい・いいえ
●負担能力のある親族等に扶養されていない。 （町民税の控除対象者又は医療保険の扶養者となっていないこと）　はい・いいえ
●介護保険料を滞納していない。　はい・いいえ
上記が全て「はい」の場合に申請書の提出をして下さい。 ※前年の**収入を確認できる書類**（源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等）の写し及び**預貯金等の写し**を添付して下さい。 **「いいえ」がある場合は該当しませんので、申請書の提出は不要です。**

■世帯員が２人以上の場合

●収入要件 年収は、下記の世帯収入に該当する。 □２人世帯　200 万円以下　□３人世帯　250 万円以下　はい・いいえ □４人世帯　300 万円以下　□それ以上　　万円以下（世帯員１人増えるごとに 50 万円加算）
●預貯金等 預貯金、有価証券、債権等がない、または合計額が下記に当てはまる。 □２人世帯　450 万円以下　□３人世帯　550 万円以下　はい・いいえ □４人世帯　650 万円以下　□それ以上　　万円以下（世帯員１人増えるごとに 100 万円加算）
●日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない。 （土地、貸家、アパート等）　はい・いいえ
●負担能力のある親族等に扶養されていない。 （町民税の控除対象者又は医療保険の扶養者となっていないこと）　はい・いいえ
●介護保険料を滞納していない。　はい・いいえ
上記が全て「はい」の場合に申請書の提出をして下さい。 ※前年の**収入を確認できる書類**（源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等）の写し及び**預貯金等の写し**を添付して下さい。 **「いいえ」がある場合は該当しませんので、申請書の提出は不要です。**

上記のとおりであることを確約いたします。

年　　月　　日　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第３号（第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

〒　　－

福井県吉田郡永平寺町

様

永平寺町長

社会福祉法人等利用者減免対象決定通知書

（社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号									

決定年月日	年　　月　　日

決　定　事　項		
１承認する	適用年月日　　年　　月　　日 有効期限　　年　　月　　日 確認番号	（承認内容） 社会福祉法人等から対象となるサービスの提供を受けたとき、対象となる利用者負担分について減免　（１／２）
２承認しない	理　由	

・問い合わせ先

永平寺町役場　福祉保健課

〒９１０－１１９２

吉田郡永平寺町松岡春日１－４

TEL（０７７６）６１－３９２０　【直通】

FAX（０７７６）６１－３４６４

様式第４号（第５条関係）

（表）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

交付年月日		年月日
確認番号		第　　号
介護保険被保険者番号		
被保険者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
適用年月日		年　月　日から
有効期限		年　月　日まで
減額割合		対象サービス利用者負担　２５／１００ 食費・居住費等　２５／１００
発行機関名及び印		１８３２２８ 永平寺町松岡春日１丁目４番地 永平寺町長

（裏）

注意事項

一　次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この証を窓口に提出してください。

二　対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・臨時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型通所介護、第一号訪問介護事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、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です。

三　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業所のみ有効です。

四　前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスをした場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が前面に記載されている減額割合により減額されます。

五　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を永平寺町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、永平寺町にその旨を届け出てください。

七　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第４の１号（第５条関係）

（表）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

交付年月日		年月日
確認番号		第　　号
介護保険被保険者番号		
被保険者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
適用年月日		年　月　日から
有効期限		年　月　日まで
減額割合		居住費・滞在費のみ　１００／１００
発行機関名及び印		１８３２２８ 永平寺町松岡春日１丁目４番地 永平寺町長

（裏）

注意事項

一　次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この証を窓口に提出してください。

二　対象となるサービスは、介護老人福祉施設サービス、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介護です。

三　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業所のみ有効です。

四　前記のサービスの居住費（滞在費）が、前面に記載されている減額割合により減額されます。

五　生活保護受給者又は支給給付受給者でなくなったとき又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないときは、遅滞なく、この証を永平寺町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、永平寺町にその旨を届け出てください。

七　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第５号（第９条関係）

社会福祉法人等利用者負担減免確認証記載事項変更届

年　　月　　日

永平寺町長　　様

住所

氏名　　印

下記のとおり社会福祉法人等利用者負担減免確認証の記載事項に変更が生じたので、届出ます。

記

	変　更　内　容
変　更　前	
変　更　後	

様式第６号(第 14 条関係)

第　　号
年　　月　　日

永平寺町長　　様

住　　所
社会福祉法人名
代　表　者　名　　印

永平寺町社会福祉法人助成申請書

みだしの助成を受けたいので、永平寺町社会福祉法人の助成に関する条例施行規則第３条の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

1　助成事業の名称
　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業

2　助成の種類　補助金

3　助成事業の着手及び完了の予定年月日
　　年　　月　　日から　　年　　月　　日

4　助成交付申請額
　　円

(添付書類)
(1)　助成金交付申請額内訳書
(2)　利用者負担軽減措置内訳書（利用者別・総括表）

助 成 金 交 付 申 請 額 内 訳 書

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

軽減対象サービス種別	軽減利用者数 A	軽減総額 B	本来受領すべき利用者負担総額 C	１%相当額 D(C×0.01)	１０%相当額 E(C×0.1)	助成基本額 全額助成分 F(B－E)	助成基本額 １／２助成分 G(B－D－F)	助成所要額 H(G×1/2＋F)	備考
介護老人福祉施設	人	円	円		円	円	円	円	
短期入所生活介護									
通所介護									
訪問介護									
合計									

《記載要領》
１．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業ごとに、表の上段には永平寺町の被保険者分について記入し、下段には保険者に関わらず全体について記入する。
２．Ａ欄は、実人数を記入する。
３．Ｂ欄は、軽減した利用者負担額（１割負担額、食費および居住費）の総額を記入する。
４．Ｃ欄は、軽減の対象となったサービスの全利用者から本来受領すべき利用者負担額（１割負担額、食費および居住費）の総額を記入する。なお、軽減対象者については、軽減する前の利用者負担額を記入する。
５．Ｄ欄は、Ｃ欄の額に１％を乗じた額とする。（円未満切捨て）
６．Ｅ欄は、介護老人福祉施設のみとし、Ｃ欄の額に 10%を乗じた額とする。（円未満切捨て）
７．Ｆ欄は、Ｂ欄の額からＥ欄の額を減じた額とし、マイナスの場合は「０」と記入する。
８．Ｇ欄は、Ｂ欄の額からＤ欄およびＦ欄の額を減じた額とする。
９．Ｈ欄は、Ｆ欄の全額とＧ欄の１／２の額の合計額とする。（円未満切捨て）

利用者負担軽減措置内訳書（利用者別）

（　／　枚）

軽減利用適用者：氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　軽減確認証番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

利用サービス名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス利用年月	本来受領すべき利用者負担額			軽減額			本来受領すべき利用者負担総額	軽減総額	備考
	サービス給付費に係る利用者負担額 A	食費 B	居住費（滞在費） C	サービス給付費に係る利用者負担額 D	食費 E	居住費（滞在費） F	G（A+B+C）	H（D+E+F）	
年　月	円	円	円	円	円	円	円	円	
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
合　計									

《記載要領》

１．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業別に、永平寺町の被保険者分について記入する。

利用者負担軽減措置内訳書（総括表）

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

軽減対象サービス種別	本来受領すべき利用者負担額			軽減額			本来受領すべき利用者負担総額	軽減総額	備考
	サービス給付費に係る利用者負担額 A	食費 B	居住費（滞在費） C	サービス給付費に係る利用者負担額 D	食費 E	居住費（滞在費） F	G（A+B+C）	H（D+E+F）	
介護老人福祉施設	円	円	円	円	円	円	円	円	
短期入所生活介護									
通所介護									
訪問介護									
合計									

《記載要領》

1．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業ごとに、表の上段には永平寺町の被保険者分について記入し、下段には保険者に関わらず全体について記入する。

様式第７号(第 14 条関係)

永平寺町社会福祉法人助成金交付指令書(助成金交付決定通知書)

永平寺町指令　第　　号

申請者　住所
社会福祉法人名
代表者名　　様

年　　月　　日付けで申請のあった　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業の助成金の交付については、永平寺町補助金等交付規則(以下「規則」という。)第４条の規定により、次のとおり交付することに決定したので通知する。

年　　月　　日

永平寺町長　　印

記

1　この助成金の交付の対象となる事業(以下「助成事業」という。)は、　　年　　月　　日付けで申請のあった　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業とし、その内容は、申請書のとおりとする。

2　助成事業に要する経費並びに助成金の額及び交付日は、次のとおりとする。

助成事業に要する経費　　円

助　成　金　の　額　　円

(回数に応じて記入)

交　付　日	助　成　金　の　額
年　月　日	円
年　月　日	円
計	円

3　助成事業に要する経費の配分は、前記申請書記載のとおりとする。

4　助成事業者は、次の各号のいずれかに該当するときは、町長の承認を受けなければならない。(規則第５条)

(1)　助成事業に要する経費の配分の変更をするとき。

(2)　助成事業の内容の変更をするとき。

(3)　助成事業を中止し、又は廃止するとき。

(4)　助成事業が予定期間内に完了しない場合、又は助成事業の遂行が困難となったとき。

5　町長は、助成事業の施行状況等に関し、関係職員に検査をさせることができる。

6　助成事業者は、助成事業が完了したときは、速やかに助成実績報告書及び収支決算書等を町長に提出しなければならない。

7　助成事業者は、この助成金に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、かつ、当該収入及び支出についての証拠書類を助成事業の終了の年度の翌年度から起算して5年間整備保存しなければならない。(規則第20条)

8　助成事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。(規則第17条、第18条)

(1)　規則に違反したとき。

(2)　助成事業の施行方法が不適当と認められるとき。

9　この交付決定に不服がある場合は、この通知を受領した日から起算して15日以内に申請の取下げをすることができる。(規則第7条)

様式第８号(第 14 条関係)

永平寺町社会福祉法人助成金不交付決定通知書

文　書　番　号
年　　月　　日

申請者　住所
社会福祉法人名
代表者氏名　　様

永平寺町長　　印

年　　月　　日付け　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業に要する助成金交付申請については、下記の理由により交付しないことに決定したので、永平寺町補助金等交付規則第 6 条第 2 項の規定により通知します。

記

不交付の理由

様式第９号(第 14 条関係)

年　　月　　日

永平寺町長　　様

申請者　住所

社会福祉法人名

代表者名　　㊞

永平寺町社会福祉法人助成金交付変更承認申請書

年　　月　　日付け永平寺町指令　第　　号で交付決定通知のあった　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業について次のとおり変更したいので、永平寺町補助金等交付規則第 8 条第 1 項の規定により変更承認を申請します。

記

1　助成事業の名称

年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業

2　助成金交付申請額　　変更前の額　　円

変更後の額　　円

3　変更の理由及び内容

4　添付書類

(1)　助成金交付申請額内訳書

(2)　利用者負担軽減措置内訳書（利用者別・総括表）

様式第10号(第14条関係)

永平寺町社会福祉法人助成金交付変更承認決定通知書

申請者　住所

社会福祉法人名

代表者名　　様

年　　月　　日付けで申請のあった　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業の変更については、これを承認し、　　年　　月　　日付け永平寺町指令　第　　号の助成金交付決定通知書の一部を次のとおり変更することに決定したので通知する。

年　　月　　日

永平寺町長　　印

記

1　変更前の交付決定額　　円

2　変更後の交付決定額　　円

3　変　更　の　内　容　　永平寺町社会福祉法人助成金交付変更承認申請書に記載のとおりとする。

様式第 11 号(第 14 条関係)

年　　月　　日

永平寺町長　　様

申請者　住所
社会福祉法人名
代表者名　　㊞

永平寺町社会福祉法人助成事業中止(廃止)届出

年　　月　　日付け永平寺町指令　第　　号で交付決定通知を受けた　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業については、次のとおり中止(廃止)したいので、永平寺町補助金等交付規則第 8 条第 3 項の規定により届け出ます。

記

1　助成事業の名称

年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業

2　中止(廃止)の理由

3　中止の期間

様式第12号(第14条関係)

第　　号
年　　月　　日

永平寺町長　　様

住　　所
社会福祉法人名
代　表　者　名　　印

永平寺町社会福祉法人助成事業実績報告書

年　　月　　日付け永平寺町指令　　第　　号で決定のあった助成事業を下記のとおり実施したので、永平寺町補助金等交付規則第13条第1号の規定により関係書類を添えて報告します。

記

1　助成事業の名称

年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業

2　助成事業の完了年月日

年　　月　　日

3　助成事業の内容

低所得で生計が困難である者について、利用者負担の軽減制度を講ずることにより、介護保険サービスの利用促進を図る

(添付書類)

(1)　助成金実績内訳書

(2)　利用者負担軽減状況実績書（利用者別・総括表）

(3)　収支決算（見込）書（抄本）

(4)　その他永平寺町長が特に必要と認めた書類

助　成　金　実　績　内　訳　書

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

軽減対象サービス種別	軽減利用者数 A	軽減総額 B	本来受領すべき利用者負担総額 C	１%相当額 D(C×0.01)	10%相当額 E(C×0.1)	助成基本額 全額助成分 F(B－E)	助成基本額 １／２助成分 G(B－D－F)	按分率 H	助成所要額 I〔(F+G／2)×H〕	備　考
介護老人福祉施設	人	円	円		円	円	円		円	
短期入所生活介護										
通所介護										
訪問介護										
合計										

《記載要領》

１．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業ごとに、表の上段には永平寺町の被保険者分について記入し、下段には保険者に関わらず全体について記入する。
２．Ａ欄は、実人数を記入する。
３．Ｂ欄は、軽減した利用者負担額（１割負担額、食費および居住費）の総額を記入する。
４．Ｃ欄は、軽減の対象となったサービスの全利用者から本来受領すべき利用者負担額（１割負担額、食費、居住費）の総額を記入する。なお、軽減対象者については、軽減する前の利用者負担額を記入する。
５．Ｄ欄は、Ｃ欄の額に１％を乗じた額とする。（円未満切捨て）
６．Ｅ欄は、介護老人福祉施設のみとし、Ｃ欄の額に 10％を乗じた額とする。（円未満切捨て）
７．Ｆ欄は、Ｂ欄の額からＥ欄の額を減じた額とし、マイナスの場合は「０」と記入する。
８．Ｇ欄は、Ｂ欄の額からＤ欄およびＦ欄の額を減じた額とする。
９．Ｈ欄は、複数市町が利用している事業所について当該市町の按分率を記入する。（按分を要しない事業所は「１」と記入すること。）
１０．Ｉ欄は、Ｆ欄の全額とＧ欄の１／２の額の合計額に按分率Ｈを乗じた額とする。（円未満切捨て）

利用者負担軽減状況実績書（利用者別）

（　／　枚）

軽減利用適用者：氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　軽減確認証番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

利用サービス名：＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス利用年月	本来受領すべき利用者負担額			軽減額			本来受領すべき利用者負担総額	軽減総額	備考
	サービス給付費に係る利用者負担額 A	食費 B	居住費（滞在費） C	サービス給付費に係る利用者負担額 D	食費 E	居住費（滞在費） F	G（A+B+C）	H（D+E+F）	
年　月	円	円	円	円	円	円	円	円	
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
年　月									
合　計									

《記載要領》

１．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業別に、永平寺町の被保険者分について記入する。

利用者負担軽減状況実績書（総括表）

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

軽減対象サービス種別	本来受領すべき利用者負担額			軽減額			本来受領すべき利用者負担総額	軽減総額	備考
	サービス給付費に係る利用者負担額 A	食費 B	居住費（滞在費） C	サービス給付費に係る利用者負担額 D	食費 E	居住費（滞在費） F	G（A+B+C）	H（D+E+F）	
介護老人福祉施設	円	円	円	円	円	円	円	円	
短期入所生活介護									
通所介護									
訪問介護									
合計									

《記載要領》

1．本票は、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、訪問介護について事業ごとに、表の上段には永平寺町の被保険者分について記入し、下段には保険者に関わらず全体について記入する。

様式第13号(第14条関係)

永平寺町社会福祉法人助成金確定通知書

年　　月　　日付けで実績報告のあった　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業について、次のとおり助成金の額を確定したので、永平寺町補助金等交付規則第14条の規定により通知します。

年　　月　　日

永平寺町長　　印

記

交付決定年月日	年　　月　　日
交付決定番号	永平寺町指令　第　　号
助成事業の名称	年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業
助成金の交付決定額	金　　円
助成事業に要する経費(助成対象金額)	金　　円
助成金の交付確定金額	金　　円

様式第14号(第14条関係)

第　　号
年　　月　　日

永平寺町長　　様

住　　所
社会福祉法人名
代　表　者　名　　印

永平寺町社会福祉法人助成請求書

年　　月　　日付け永平寺町指令 第　　号で決定のあつた　　年度永平寺町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減制度事業の助成について下記のとおり請求します。

記

請求金額　　円