

様式第4号(第6条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業辞退届

年 月 日

沖縄県介護保険広域連合長 様

住 所  
法人等名  
代 表 者

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業を下記のとおり辞退することを申し  
出ます。

記

1 法人が辞退する事業

事業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地	事業の種類	辞退年月日