

様式第6号（第9条関係）

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成事業実施届

年 月 日

（あて先）小金井市長

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、
次のとおり届け出ます。

届出者 (事業者)	住 所	
	名 称 等 (事業者番号)	
	代 表 者 名	①
開 始 年 月 日	年 月 日から	
実施する サービス (該当に○)	訪問介護 ・ 介護予防訪問介護 ・ 夜間対応型訪問介護	

市処理欄（以下は記入しないでください。）

	収 受 印