（別紙20）

年　　月　　日

松川町長　殿

所在地

届出者

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について、次のとおり届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1　割引率等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 割引率 | 適用条件 |
| （例） | 10％ | 毎日　午後2時から午後4時まで |
| 訪問型サービス（独自） | ％ |  |
| ％ |  |
| ％ |  |
| 訪問型サービスA | ％ |  |
| ％ |  |
| ％ |  |
| 通所型サービス（独自） | ％ |  |
| ％ |  |
| ％ |  |
| 通所型サービスA | ％ |  |
| ％ |  |
| ％ |  |

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載し

てください。

2　適用開始日 年　　月　　日