別紙様式１

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度申出書

|  |
| --- |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度申出書 　 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度） 　 　　　　 年　月　日 知事（市町長） 様 申請者 所在地 名　称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者・担当者氏名連絡先電話番号  社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度を下記により実施するので申し出ます。 |
|  | 申請者 |  フ リ ガ ナ 名　　　　　称 |  |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　） |
|  連　　絡　　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者の職・氏名 |  職　名 |  |  ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名 |  |
| 代 表 者 の 住 所 | （郵便番号　　　－　　） |
| 軽 減 制 度 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況 |  事業所の名称 |  所　　　　在　　　　地 |  実施事業の種類 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |