|  |
| --- |
| 社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）年　　月　　日　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　印社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。 |
|  | 申請者 | フリガナ名称 |  |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　―　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ氏名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　　―　　　　） |
| 　軽減実施予定事業所の状況　 | 事業所の名称 | 事　業　所　番　号 | 所在地 | 実施事業の種類 |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ４ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

様式第１号（第２条関係）