

第1号様式（第3条関係）

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

申請者

法人名

代表者氏名

㊟

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

フリガナ 氏 名			
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		フリガナ 氏 名
代表者住所			
軽減実施 予定事業所 の状況	事業所の名称	所在地	実施事業の種類