

様式第1号（第2条関係）

社会福祉法人等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措置）

年 月 日

様

所在地

申請者 名 称

代表者

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	
	法人の種別			法人所管庁	
	代表者の職・氏名	職 名			フリガナ
					氏 名
代表者の住所	(〒 -)				
軽減措置実施事業所の状況	実施事業の種類	事業者番号	事業所の名称	所在地	軽減開始日