

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

平成 年 月 日

〇〇市(町)長 〇〇〇 様

所在地

申請者(※ 法人のもの)

名 称

④

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を以下のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者 (※ 法 人 の 情 報)	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		F A X 番号	
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 - )			
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	事業所コ ード	
軽減実施開始日	平成 年 月 日				