

様式第1号（第4条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施申出書

年 月 日

様

法 人 名

代表者氏名



社会福祉法人等による利用者負担軽減措置を下記のとおり実施するので申し出ます。

届 出 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		F A X 番 号	
	法人の種別			法人の 所管庁	
	代 表 者 の 職			フリガナ 氏 名	
	代 表 者 の 住 所	(郵便番号 - )			
軽 減 制 度 実 施 事 業 所	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