

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置の実施申出書
 (社会福祉法人等による生活困難者等に対する利用者負担の軽減措置)

年 月 日

市町村長名 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 ー)			
	連絡先	電 話 番 号		F A X 番 号	
	法人の種別			法 人 所 管 庁	
	代表者の 職			フリガナ 氏 名	
	代表者の 住 所	(郵便番号 ー)			
軽 減 措 置 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