様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

様

（申請者）
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 表 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

# 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業実施申出書

このことについて、下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業を実施するので申し出ます。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">申出者</td><td>フリガナ<br>法人の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所<br>の所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話<br>番号</td><td></td><td>FAX<br>番号</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の職・氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="13">軽減実施予定事業所</td><td>事業所の名称(上段)<br>事業者番号(下段)</td><td colspan="2">所在地</td><td colspan="2">実施事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>