

社会福祉法人等による利用者負担の軽減実施申出書

年 月 日

様

所在地  
申請者  
名称



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。

届 出 者	フリガナ 法 人 名				
	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				
	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