様式第1号(第3条関係)

社会福祉法人等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額の軽減制度)

年　　月　　日

　身延町長　　　　様

申請者住所

氏名　　　　　　　　㊞

　社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ  名　　称 |  | | | |
|  | | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者の職・氏名 |  | | | |
| 代表者の住所 |  | | | |
| 軽減実施事業所の状況 | 事業所の名称 | 所在地 | | 実施事業の種類 | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |