様式第１号（第３条関係）

社会福祉法人等による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 　余市町長　様 　　　　所　在　地 　　　　　名　　　称 代表者氏名 　 　　  　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。 |
|  | 法人の主たる事務所 | 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 | 職　　名 |  | フリガナ氏　　名 |  |
| 担当者の職・氏名 | 職　　名 |  | フリガナ氏　　名 |  |
| 軽減実施事業所 | 事業所の名称 | 実施事業の種類 | 事業所所在地等 |
|  |  | 住所TEL FAX |
|  |  | 住所TEL FAX |
|  |  | 住所TEL FAX |
|  |  | 住所TEL FAX |
|  |  | 住所TEL FAX |
|  |