様式第5号(第10条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年　　　月　　　日

　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 名　　　　称 |  | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　－　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 | |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | 氏名 | |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　－　　　） | | | | |
| 軽減実施予定事業所の状況 | 事業所の名称 | 所　　在　　地 | | | 実施事業の種類 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |