様式第１号(第２条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減申出書

（社会福祉法人による利用者負担の軽減措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | １社会福祉法人　　2　その他法人 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| 苫小牧市長　様 | | | | | | | | | | |  |
| 所　在　地 | | | | | | | | | | |  |
| 事業者 名　　　称 | | | | | | | | | | |  |
| 代表者氏名 印 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| 社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので、申し出ます。 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  | 法 | フリガナ | |  | | | | | |  |  |
|  | 人 | 名　　称 | |  | | | | | |  |  |
|  | の | 主たる事務 | |  | | | | | |  |  |
|  | 主 | 所の所在地 | |  |  |
|  | た | 連絡先 | | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  |  |  |
|  | る | 代表者の | | 職　　名 | |  | | フリガナ |  |  |  |
|  | 事 | 職・氏名 | |  | | 氏　　名 |  |  |
|  | 務 | 担当者の | | 職　　名 | |  | | フリガナ |  |  |  |
|  | 所 | 職・氏名 | |  | | 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 | | |  |  |
|  |  | | |  | | 住所 | | |  |  |
|  | TEL FAX | | |  |  |
|  |  | | |  | | 住所 | | |  |  |
|  | TEL FAX | | |  |  |