

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（例）  
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

平成 年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名 称

代表者

印

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。

申 請 者	ふりがな			
	名 称			
	主たる事務所の 所在地	( 〒 )		
	連絡先	電話番号	FAX	
	代表者の職・氏名	職 名	ふりがな 氏 名	
代表者の住所	( 〒 - )			
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所番号	所在地	サービスの種類	同一 管理
	事業所の名称			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			

「同一管理」欄については、軽減制度同一管理事業所がどの事業所なのか、記号等を用いてわかるように記入すること。