

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)

区 分	1 社会福祉法人	2 民間企業	3 その他法人	4 市町村
-----	----------	--------	---------	-------

年 月 日

赤井川村長 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