様式第７号（第９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免措置）

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

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 | フリガナ  法人名 |  | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | （郵便番号　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | ファクシミリ | |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ  氏名 | |  |
| 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 | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |