様式第８号（第９条関係）

社会福祉法人等による利用者負担減免申出書

（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額措置）

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

氏名

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額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 |  |
| 減免実施予定事業所の状況 | 事業所の名称 | 所在地 | 実施事業 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |