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

　　年　　月　　日

那須塩原市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　 申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　 名称及び

代表者氏名

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 |  | |
| 代表者の職氏名 | 職名 |  | | フリガナ  氏名 |  | |
| 代表者の住所 |  | | | | | |
| 軽減予定事業所又は施設 | 名称 | | | 所在地 | | | サービスの種類 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |