様式第２号（第３条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減終了申出書

　　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終了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 |  | | | | | |
| 終了年月日 | |  | | | | | |
| 軽減終了事業所又は施設 | 名称 | | | 所在地 | | | サービスの種類 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |