様式第6号(第11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措置)

年　　月　　日

　八千代町長　　　　殿

申請者　所在地

名称　　　　　　　　　　印

　社会福祉法人等による利用者負担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 |  | FAX番号 | |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ | |  |
| 氏名 | |  |
| 代表者の住所 | 〒 | | | | |
| 事務所の名称 | | 所在地 | | | 実施事業の種類 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |