（様式１）

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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | １社会福祉法人　　２民間企業　　３その他法人　　４市町村 | | | | | | | |
| 平成　　年　　月　　日  　北海道知事　様  　所　在　地  事業者 名　　　称  代表者氏名 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。 | | | | | | | | | | |
|  | 法人の主たる  事務所 | 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 |  |
| 担当者の  職・氏名 | | 職　　名 | |  | | フリガナ  氏　　名 |  |
| 軽減実施事業所 | 事業所の名称 | | | 実施事業の種類 | | 事業所所在地等 | | |
|  | | |  | | 住所  TEL FAX | | |
|  | | |  | | 住所  TEL FAX | | |
|  | | |  | | 住所  TEL FAX | | |
|  | | |  | | 住所  TEL FAX | | |
|  | | |  | | 住所  TEL FAX | | |
| （軽減措置の概要：詳細は別添資料のとおり） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |