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制度）

第　　号
年　　月　　日

青　森　県　知　事　　殿

申出者　（法人の所在地）
（法人の名称）
（法人の代表者の職氏名）　　印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　）			
	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	（郵便番号　　―　　）			

軽減実施予定事業所の状況	事業所の名称 （事業所の番号）	所在地	事業実施の種類

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

平川市長　　様

所在地
申請者
名　称　　㊞

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。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4">(郵便番号　　―　　)</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代表者の職・氏名</td><td rowspan="2">職　名</td><td rowspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">(郵便番号　　―　　)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">軽減実施予定事業所の状況</td><td>事業所の名称</td><td>所　在　地</td><td>実施事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>