

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)

令和 年 月 日

山口県知事 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下記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	(〒 -)		
軽減実施事業所の 状況	事業実施開始日	年 月 日		
	事業所番号 事業所名	事業所所在地		対象サービス

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)

令和 年 月 日

宇部市長 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下記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	(〒 -)		
軽減実施事業所の 状況	事業実施開始日	年 月 日		
	事業所番号 事業所名	事業所所在地		対象サービス