

様式第1号(第2条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減申出書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

区分	1 社会福祉法人    2 その他法人
----	---------------------

年    月    日

苫小牧市長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者氏名

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。

法人の主たる事業所	フリガナ 名称				
	主たる事業所の所在地				
	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		