　様式１号（日本工業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉法人等による利用者負担減免申し出書  （社会福祉法人等による利用者負担減免措置用）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　長野県知事　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者  　　社会福祉法人等による利用者負担の減免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　　　―　　　　） | | | |
| 減免実施予定事業所の状況 | 事業所の名称 | 所　　　在　　　地 | | | 実施事業の種類 |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  | | | | | | |