

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

安来市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者



社会福祉法人等利用者負担額軽減申出書

このことについて、下記のとおり社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業を実施するので申出ます。

記

申請者	(フリガナ) 法人の名称		
	主たる事務所の所在地		
	連絡先(電話等)	電話	FAX
	代表者	職名	氏名
軽減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

《法人 → 市担当課》