

様式第 1 号の 1

社会福祉法人等による利用者負担減免申出書
(社会福祉法人等による利用者負担減免措置)

年 月 日

大阪府知事 様

申請者 所在地
氏 名

印

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。

申請者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所 在 地	(〒 -)				
	連 絡 先	TEL			FAX	
	代表者の職・氏 名	職名		フリガナ 氏 名		
	代表者の住所	(〒 -)				
減 免 実 施 予 定 事 業 所	事務所の名称	所 在 地			実施事業の種類	

別紙に利用者名簿を添付してください。