様式第１号（第５条関係）

社会福祉法人等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制度）

年　　月　　日

上富良野町長　　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。

<table>
<tr><td rowspan="7">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">代表者の職・氏名</td><td rowspan="2">職名</td><td rowspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">（郵便番号　　―　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="7">軽減実施予定事業所の状況</td><td>事業所の名称</td><td>所在地</td><td>実施事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>