社会福祉法人による利用者負担軽減申出書

（社会福祉法人が実施する利用者負担の軽減）

年　　月　　日

大阪府知事　殿

申出者　所　在　地

名　　称

代表者氏名

社会福祉法人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。

申出者	フ　リ　カ゛　ナ				
	名　　称				
	主たる事務所の所在地	（〒　　－　　）			
	連　絡　先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職及び氏名	職　名		ﾌﾘｶﾞﾅ	
				氏　名	
	代表者の住所	（〒　　－　　）			

	事業所の名称	事業者番号	所　在　地	事業の種類
軽減実施予定事業所				