様式第1号（第4項関係）

堺市社会福祉法人による利用者負担軽減申出書

年　　月　　日

堺 市 長　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制度事業を実施するので、堺市社会福祉法人介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱第4項第1号の規定により、次のとおり申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="6">申出者</td><td>フ　リ　カ゛　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">代表者の職及び氏名</td><td rowspan="2">職　名</td><td rowspan="2"></td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</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="8">軽減実施予定事業所</td><td>事業所の名称</td><td>事業者番号</td><td>所　在　地</td><td>事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>