年　　月　　日

鹿屋市長　　様

申請者

所在地

名称及び

代表者名

鹿屋市中山間地域等における利用者負担額軽減措置実施申出書

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を実施したいので申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td>フリガナ
名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事業所の
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>代表者の
職・氏名</td><td>職　名</td><td></td><td>フリガナ
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="9">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>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>