社会福祉法人等による利用者負担減額申出書

年　　月　　日

鹿屋市長　　様

申請者　所在地

名　称

社会福祉法人等による利用者負担の減額を下記のとおり実施するので、申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>フリガナ
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="8">減額実施予定事業所の状況</td><td>事業者の名称</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>
</table>