様式第１号

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

平成　　年　　月　　日

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　様

<table>
<tr><td rowspan="7">申出者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事業所の所在地</td><td colspan="4"></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="3">代表者</td><td rowspan="2">職　業</td><td rowspan="2"></td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒　　ー</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>