様式第１（第２条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書

（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度）

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

所在地
申請者
名　称

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

<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>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="8">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>事業実施の種類</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>

様式第１（第２条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書

（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度）

年　　月　　日

鹿児島県知事　殿

所在地
申請者
名　称

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

<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>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="8">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>事業実施の種類</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>