社会福祉法人等における利用者負担軽減申出書

年　　月　　日

（宛先）新発田市長

所在地

申出法人

名　称

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申出法人	名　　称			
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）		
	電話番号		軽減開始時期　　年　　月　　日	
	代表者の職・氏名	職名	氏名	

軽減実施予定事業所の状況	事業所番号	事業所の名称	所　　在　　地	実施事業の種類