

記入例

(様式1)

## 社会福祉法人による利用者負担軽減申出書

(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

(あて先) 川 崎 市 長

社会福祉法人による利用者負担の軽減をつぎのと

代表者がみずから署名する場合を除き、  
代表者印を押印してください。

申 請 者	フリガナ	シヤカイフクシホウジン カサキ		
	名 称	社会福祉法人 川崎		
	主たる事務所の 所在地	川崎市川崎区宮本町1番地		
	連 絡 先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX 番号
	代表者の職・氏名	職 名	理事長	フリガナ 氏 名
軽 減 実 施 予 定 施 設	事業所の名称	所 在 地	実 施 事 業 の 種 類	
	社会福祉法人 川崎 介護福祉施設 幸	川崎市幸区戸手本町1-11-1	・介護老人福祉施設・通所介護 ・介護予防通所介護	
	社会福祉法人 川崎 介護福祉施設 中原	川崎市中原区小杉町3-245	・介護老人福祉施設・通所介護 ・介護予防通所介護	

法人所在地を記入  
してください。

事業を実施する事業所の名称、  
所在地及びサービスの種類を記  
入してください。

※「申請者」欄の「氏名」欄が代表者の自署でない場合は、「名称」欄に代表者印を押印してください。