第１号様式

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

令和　　年　　月　　日

奄美市長　殿

所在地
申出者
名　称　　印

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を下記により実施するので申し出ます。

申出者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	〒			
	連絡先	電話		ＦＡＸ	
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名	
	代表者の住所	〒			

	事業所の名称（事業所番号）	所在地	実施事業の種類
減額実施予定事業所の状況			