第1号様式（第2条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

年　　月　　日

湧水町長　　様

申出者　　住所
名称　　印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を実施するので申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="6">申　出　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>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="9">軽減実施予定
事業所の状況</td><td>事業所の名称</td><td colspan="2">所　在　地</td><td>事業実施の種類</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>