別紙様式１

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）

（元号）　　年　　月　　日

愛 媛 県 知 事　　様

所在地

申請者　名 称　名 称

職・氏名　職・氏名　　印

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。

申請者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の 所 在 地	（郵便番号　　ー　　）			
	連　絡　先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職･氏名	職　名		フリガナ 氏　　名	

軽減実施予定事務所の状況	事務所の名称	所　　在　　地	実施事業の種類