

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

令和〇〇年 〇月 〇日

神奈川県知事

綾瀬市長

申出者 所在地 **横浜市〇〇区〇〇1-2**

法人名 **（福）△△会**

代表者 **理事長 〇〇 〇〇**

電話 **045-〇〇〇-1234**

令和〇〇年4月1日から令和〇〇年3月31日までの期間において、次のとおり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。

	事業所の名称	所在地	電話	事業の種類	担当者名
軽減 実施 予定 事業 所	特別養護老人ホ ーム △△園	綾瀬市早川〇〇番地	0467-〇〇〇 -5678	介護老人福祉 施設・短期入 所生活介護	〇〇
	デイサービスセ ンター〇〇	横浜市〇〇区〇〇3-4	045-〇〇〇 -4567	通所介護	△△