（様式１）県宛

社会福祉法人等による利用者負担減免申出書

（社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

平成　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

申請者

名　称　　印

社会福祉法人等による利用者負担の減免を下記のとおり実施するので申し出ます。

申請者	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	名　　称					
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　）				
	連　絡　先	電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職　名		ﾌﾘｶﾞﾅ		
				氏 名		
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　）				

	事業所の名称	所　在　地	実施事業の種類
減免実施予定事業所の状況			