

様式第3号

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置の取下げ申出書  
(社会福祉法人等による生活困難者等に対する利用者負担の軽減措置)

年 月 日

埼玉県知事 様

法人名

代表者氏名

実施中の社会福祉法人等による利用者負担軽減措置を下記のとおり取下げますので申し出ます。

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務 所の所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話 番号		F A X 番号	
	法人の種別			法人 所管庁	
	代表者の 職			フリガナ 氏名	
	代表者の 住所	(郵便番号 - )			
軽減 措 置 実 施 事 業 所	実施事業 の種類	事業者番号	事業所の名称	所在地	取下げ日