様式第２号の５

社会福祉法人等による利用者負担額軽減（申出事項の変更）届出書

　　　年　　月　　日

宮城県知事（市町村長）　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　 　　　　　　　　　　印

　次のとおり軽減事業の申出事項の内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　出　　者 | 名　　　　称 |  | | | |
|  | （郵便番号　　－　　　） | | | |
|  | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職　　名 |  | 氏　　　名 |  |
| 変更があった事項 |  | | | | |
| 変更の内容 | （変更前） | | | | |
| （変更後） | | | | |