

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

知立市長 様

氏 名
(※本人の自署でない場合は記名・押印)

社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度に係る実施要綱第9条の規定により、記載事項を変更したいので、次のとおり届け出ます。

住 所	新	〒 (電話番号 — —)
	旧	〒 (電話番号 — —)
フリガナ 氏 名	新	
	旧	