

様式第 5 (第10条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

知立市長 様

氏 名

知立市社会福祉法人等による利用者負担額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 -)
	旧	〒 (電話 -)
フリガナ 氏 名	新	
	旧	