

空欄で結構です。
日付を入れる場合は、御提出いただく日を御記入ください。

第1号様式（第6関係）

年 月 日

調布市長 宛

令和2年4月1日から現在までで「事業者名」、「代表者名」に変更があった場合は、お手数ですが、御一報ください。

事業者名
代表者名

㊞

令和2年度調布市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付申請書

調布市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助要綱第6の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

補助金交付申請額

円

連絡先

氏名

電話番号

Eメールアドレス

(本事務を担当する方を記入してください。)