様式第６号（第１７条関係）

社会福祉法人等による利用者負担

軽減制度事業補助金交付申請書

第 　　　　　号

年　　月　　日

　多賀城市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

多賀城市社会福祉法人等による生活困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業実施要綱第１７条の規定により、下記のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申請額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金事業計画書（別紙１又は別紙２）

　　　一部改正〔平成１８年告示３６号〕