第１号様式（第６関係）

年　　月　　日

調布市長　宛

事業者名

代表者名

令和　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。）