様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

（宛先）

岩国市長　様

申請者　所在地

法人名

代表者名

岩国市社会福祉法人訪問介護事業支援補助金交付申請書

岩国市社会福祉法人訪問介護事業支援補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、本申請に係る訪問介護サービス等について、利用者から別に交通費を徴収していません。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護サービス等の提供期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 申請額 | 円 |
| 事業所別の内訳 |  |

添付書類

⑴　補助金交付申請額内訳書（様式第２号）

⑵　訪問距離の算定の根拠となる資料

⑶　社会福祉法人の定款の写し

　⑷　その他市長が必要と認める書類

本件責任者氏名

本件担当者氏名

連絡先