

第1号様式（第3条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

住 所
法 人 名
代表者名

印

利用者負担軽減制度事業補助金交付申請書

昭島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軽減制度事業補助金交付要綱に基づき、 年度の補助金を交付されたく申請します。

記

- 1 補助金交付申請額 円
- 2 添付書類
利用者負担軽減額総括票