様式第３号（第６条関係）

　　　　年　　月　　日

　剣淵町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

剣淵町認知症対応型共同生活介護事業所利用者負担軽減助成金交付申請書

　認知症対応型共同生活介護事業所利用者負担軽減助成金について、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

１　助成金申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　（　　　　年　　月～　　年　　月サービス分）