

様式第7号（第16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

（あて先） 仙 台 市 長

所在地

申請者 名 称

代表者 印

（介護保険事業所番号 事 業 所 名）

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実施要綱（平成12年9月29日健康福祉局長決裁）第16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補助金事業計画書（別紙1）