年　　月　　日

（あて先）　松　山　市　長

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職・氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度助成金の交付申請について

標記のことについて、次により助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１．交付申請額　　金　　円

２．添付書類

①社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減総括表

②サービス種類別・月別軽減対象者一覧表