

(様式第1号)

訪問介護サービス利用者負担軽減助成事業助成金交付申請書

平成 年 月 日

川俣町社会福祉協議会長 様

申請者（世帯主）住所

氏名 印

電話（ — ）

平成 年 月分訪問介護サービス利用者負担金について助成金を交付
されますよう申請します。

記

1. 訪問介護サービス利用者氏名
2. 添付書類

平成 年 月分訪問介護サービス利用者負担金領収書

下記のとおり決定してよいか伺います。

平成 年 月 日

訪問介護サービス 利用者負担金	助 成 金 (2分の1又は4分の1)	助成決定額	備考
円	円	円	