様式第６号（第10条関係）

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　印

　　年度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

係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付請求書

金　　　　　　　円也

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で確定のあった標記補助金を交付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | | 預金の種類 | 普通・当座 |
| 金融機関名 | 支店・支所 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |