様式第２号（第６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変更交付申請書

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定を受けた標記補助金について、次のとおり交付額を変更されるよう申請します。

１　交付申請額

変更前　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

変更後　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

（添付書類）

１　対象者一覧表（様式１―１、様式１―２、様式１―３又は様式１―４）

２　市町村別助成額内訳書（様式２―１又は様式２―２）