様式第１号（第５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申請書

　標記事業について、次により補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

申請額　　　　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）

交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金が交付されたため、補助金の返還を求められたときは、納期日までに納付します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。