

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

所在地

法人名

代表者職氏名

㊟

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）