様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

大村市長　様

申請者　所在地

法人等名

代表者氏名

電話番号

大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金交付申請書

大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金の交付を受けたいので、大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添え、次のとおり申請します。

１　介護保険施設等の名称

２　交付申請額　　　　　　　　　円

　　（内訳）

　　　　　　回×　　　　　円＝　　　　　　円

３　関係書類　　サービス対象者名簿（様式第２号）