

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）