様式第１号(第４条関係)

森町社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費補助金交付申請書

年　　月　　日

森町長　氏名　様

社会福祉法人

理事長　　　　　　　　　㊞

　　　年度において森町社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

　なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。

1　交付申請額

　(1)　金額　　　　　　　　　　円

　(2)　事業の目的

2　概算払の承認申請額

　(1)　金額　　　　　　　　　　円

　(2)　理由

　(3)　時期