

年 月 日

八王子市長 殿

所 在 地

法 人 名

代表者役職名

代表者氏名

印

八王子市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減事業補助金請求書

八王子市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減事業補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 対象事業所

(事業所名)

(事業所所在地)

2 補助金請求額

¥

円

(対象月

年

月分)