　　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）

1. 補助金請求額　　　　　　￥　　　　　　　　　　円

（対象月　　　　　　　　　年　　　月分）