様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

安来市長　様

申請者　　所 在 地

事業者名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　印

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減事業申請書

　このことについて、下記のとおり認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減事業を実施するので、安来市認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減事業実施要綱第３条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 | （職）　　　　　　　　　（氏名） |
| 定員 |  |