様式第1号(第6条関係)

年度　釧路町家族介護者負担軽減通所事業助成金交付申請書

年　　月　　日

　　　釧路町長　　　　　様

申請者　住　所

団体名

代表者氏名　　　　　　　　印

　釧路町家族介護者負担軽減通所事業に対し、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

記

　１　事業名　釧路町家族介護者負担軽減通所事業

　２　事業の着手及び完了の予定期日

　　　　着手　　　　　　年　　月　　日

　　　　完了　　　　　　年　　月　　日

　３　助成金交付申請額　　金　　　　　　　　　　円

　４　関係書類

　　①　事業計画書

　　②　収支予算書

　　③　前年度の事業実績報告書

　　④　資格者証の写し

　　⑤　その他町長が必要と認める書類