様式第１号（第６条関係）

山口市ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

　　山口市長　　　　様

申請者

所在地

法人名

代表者氏名

このことについて、山口市ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助年度 | 令和　　年度 | |
| 介護サービス事業所の名称 |  | |
| 補助対象経費 | 円 | 消費税及び地方消費税を除く |
| 補助金交付申請額 | 円 | 補助対象経費の１/２・上限３０万円  １，０００円未満切り捨て |
| 補助事業完了予定日 | 年　　　月　　　日 | |
| 添付書類 | （１）補助対象経費の見積書  （２）その他市長が必要と認める書類 | |