様式第１号（第４条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　吉田町長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　　　　　　　　　　　㊞

　平成　　年度において社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

　なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。

１　交付申請額

　（１）金額　　　　　　　　円

　（２）事業の目的

２　概算払の承認申請額

　（１）金額　　　　　　　　円

　（２）理由

　（３）時期

様式第７号（第７条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業計画変更承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　吉田町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　　　　　　　　　　　㊞

　平成　　年　　月　　日付け　　第　　　　号により補助金の交付の決定を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

１　計画変更の理由

２　変更の内容

様式第８号（第８条関係）

実　績　報　告　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　吉田町長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　　　　　　　　　　　㊞

　平成　　年　　月　　日付け吉福第　　　　号により補助金の交付の決定を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。