様式第２（第６条関係）

給付金申請書

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　殿

事業者　所在地

　　　　名　称

　　　　代表者職・氏名

　以下の介護サービス事業所等については、鹿児島市介護サービス事業所等物価高騰対策追加支援給付金の支給を申請します。

　１　事業所情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号（※） |  | | | | |
| 事業所等名称 |  | | | | |
| 事業所等所在地 | 郵便番号 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| サービスの種類 |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス | |  | | |

（※）軽費老人ホーム及び養護老人ホームの場合、記入不要。