様式第３（第６条関係）

支給対象事業所等申立書

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対象事業所等であることを申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |

※　申立に当たっては、支給対象事業所等であることを証する書類を添付すること。