

様式第2（第6条関係）

給付金辞退申出書

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

以下の障害福祉サービス事業所等については、鹿児島市障害福祉サービス事業所等物価高騰対策給付金の受給を辞退することを申し出ます。

事業所番号			
事業所名称			
事業所所在地	郵便番号		
	住 所		
サービスの種類 (※)			
辞退する給付金	(該当する給付金に☑を入れてください。) <input type="checkbox"/> LPガス給付金 <input type="checkbox"/> 食事提供給付金		
担当者名			
連絡先	電話番号		F A X
	メールアドレス		

※ 療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所、日中一時支援、地域活動支援センター、施設入所支援、共同生活援助、福祉ホームから選択して記入すること。