**認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減助成金交付請求書**

　年　月　日

浜田地区広域行政組合管理者　様

住所

事業者名

代表者職・氏名

㊞

（事業所名　　　　　　　　　　　　）

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減助成金（　　　　　年　　　月サービス提供分）について、請求額内訳書を添えて、下記のとおり請求します。

記

1　　請　求　額　　　　　　　　　　円