

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

⑩

（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