**認知症グループホーム利用者負担軽減助成金交付請求書**

　　年　　月　　日

　出雲市長　様

住　　所

事業者名

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

認知症グループホーム利用者負担軽減助成金（　　　年　　月サービス提供分）について、認知症グループホーム利用者負担軽減証明書（様式第6号）を添えて、下記のとおり請求します。

記

請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円