様式第5号

年　　月　　日

社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付（変更）申請書

　（宛　先）所沢市長

住所

申請者　　名称

代表者氏名

　　　　　年度において、所沢市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施要綱に基づき、利用者負担軽減助成金　　　　　　　　円を交付（変更）されるよう、関係書類を添えて申請します。

関係書類

　1　助成金交付（変更）基準額内訳書

　2　減額対象者名簿

　3　収支予算書