様式第５号（第９条関係）

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金交付申請書

　このことについて、下記のとおり認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　（１）所要見込額調書総括表

　（２）所要見込額調書個表

　（３）利用者負担収入見込額調書

　（４）資金状況調べ

　（５）収支予算（見込）書抄本

様式第７号（第１１条関係）

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額

軽減制度事業費補助金変更交付申請書

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定のあった認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金について、下記のとおり変更交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　今回追加交付（一部取消）申請額　　　　金　　　　　　　　　　　円

　　　　　内訳　補助金既交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　変更後補助金所要額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　変更を必要とする理由

３　添付書類

　　※　変更交付申請に必要な添付書類は、交付申請に必要な書類に準ずる。

様式第８号（第１２条関係）

　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金実績報告書

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定のあった認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金について、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

１　市補助額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　（１）事業実績書総括表

　　（２）所要見込額調書個表

　（３）利用者負担収入見込額調書

　（４）減免状況調書

　（５）収支決算（見込）書抄本

様式第１０号（第１４条関係）

補　助　金　請　求　書

金　　　　　　　　　　　円

　　　　　年　　月　　日付け　第　　　号により補助金の交付決定を受けた認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額軽減制度事業費補助金について、大田市認知症対応型共同生活介護事業所等の利用者負担額軽減制度事業実施要綱第１４条の規定に基づき、上記のとおり請求します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　大 田 市 長　様