様式第10号（第12条関係）

　　年　　月　　日

　雲南広域連合長　様

住　　所

事業者名

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　事業所名

担当者

（連絡先　　　　　　　　　　　　　　）

**認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成金請求書**

年　　月　　日付　指令　　　　　第　　　　　号で決定のあった助成金について、雲南広域連合認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり請求します。

請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　（　　　　年　　　　月サービス提供分）