様式第15号（第20条関係）

年　　月　　日

福岡県介護保険広域連合長　様

所在地

法人名

代表者

事業所名

令和６年度社会福祉法人等利用者負担軽減措置事業補助金交付請求書

このことについて、福岡県介護保険広域連合介護保険利用者負担金の社会福祉法人等による軽減措置に対する助成事業補助金交付要綱第20条の規定により下記のとおり請求します。

記

請求金額　￥　　　　　　　円