様式第9号

　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付額請求書

（宛先）所沢市長

　　　　　年　　月　　日付け第　　　　　号で額の確定の通知があった、　　　　年度社会福祉法人等利用者負担軽減助成金を、次のとおり交付されるよう、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請求します。

金　　　　　　　　　　　　円

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　名称

代表者氏名