

様式第1号(第4条関係)

毛呂山町障害者移動支援事業補助金交付申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印

毛呂山町障害者移動支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額

申請金額	金	円
------	---	---

2 内 訳

平成		年		月分
----	--	---	--	----

コード	区 分	単価(円)	利用時間	費用額	利用者負担額	市町村申請額
合 計						