郵便番号：

住　　所：

法 人 名：

 　　　　　　　　 御中

（担当：福祉保健部介護保険課管理係　TEL：076-443-2041　FAX：076-443-2076）

　**※本宛名については、通知書送付の際に使用しますので、上記に記載する内容を**

**支援金申請書の申請者の内容と一致させてください。**

**また、下記に法人名、支援金申請に関する担当者名、連絡先を記載ください。**

【　 法 　人　 名 　】

【支援金申請担当者名】

【　 連 　絡 　先 　】　　　　　-　　　　　　-