

平成——年——月——日

捨印

余白に捨印を押印し
てください。

施設等における食費居住費等負担額軽減補助金の
受領に係る申出書

荒川区長殿

事業者（法人）の名称・
代表者名をご記入の上、
押印してください。

住 所
事業者 名 称
代 表 者

印

下記のとおり、代理受領について申し出ます。

記

- 1 事業所名
- 2 事業所番号
- 3 事業所の所在地及び電話番号
(所在地)

(電話番号)

事業所名称、事業所番号
等を記入してください。

- 4 対象となる委任者
荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金の交付決定を受け、当事業所を受任者とする代理受領委任状の提出があった者
- 5 代理受領の事項
介護保険施設等における食費居住費等負担額に関し、荒川区から交付される補助金の請求及び受領等に関する一切の件
- 6 代理受領の取扱いを受けようとする期間
補助金の交付決定を受けた日から平成22年3月31日までの本補助金請求及び受領等が終了するまでの期間