

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護人材確保及び業務改善支援事業補助金交付申請書

魚沼市介護人材確保及び業務改善支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市介護人材確保及び業務改善支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また、市税の納税状況を確認するため、税務情報を照会することに同意します。

記

補助金交付申請額		円
契 約 内 容 等	契約金額	円(消費税を除く。)
	契 約 先	住 所： 業 者 名： 代 表 者 名： 電 話 番 号：
	内 容 等	※具体的に記入すること。
	改 善 等 効 果	※具体的に記入すること。

添付書類

- (1) 事業を実施しようとすることを確認できる書類等の写し
- (2) 市税の納税証明書(税務情報を照会できない場合のみ)
- (3) その他市長が必要と認めるもの