

(様式第 3 号)

年 月 日

豊中市福祉サービス継続を目的とした地域人材活用支援金交付申込書

豊 中 市 長 様

法人名
法人住所
代表者の職・氏名
電話番号

豊中市福祉サービス継続を目的とした地域人材活用支援金事業実施要綱第 10 条第 1 項の規定により、下記のとおり支援金の交付を申し込みます。

記

支援対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日
交付申込額	円

《内訳》

事業所名				
サービス種類				
雇用対象者氏名				
日数	日	労働時間	時間	分
請求金額(円)	報酬支援金 第 8 条(1)	円	経費支援金 第 8 条(2)	円

《添付書類》

- ・豊中市福祉サービス継続を目的とした地域人材活用支援金に係る実績報告書