（様式第15号）

年（　　　年）　月　日

**豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金事業者登録変更申込書**

豊　中　市　長

申込者　　　 事業者名

担当者名

電話番号

豊中市身寄りのない高齢者支援事業の事業者登録の変更について、以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更内容 | 項目 | 　□　事業者名□　所在地□　代表者名□　代表電話番号□　メールアドレス　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |