

様式第 1（第 5 条関係）

支給対象事業所等申出書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

事業者 所在地

名 称

代表者職・氏名

以下のとおり、鹿児島市介護サービス事業所等物価高騰対策追加支援事業実施要綱に規定する L P ガス使用事業所等であることを申し出ます。

1 対象事業所等

事業所番号			
事業所等名称			
事業所等所在地	郵便番号		
	住 所		
サービスの種類			
担当者名			
連絡先	電話番号		F A X
	メールアドレス		

2 確認事項

以下の要件を満たしていることを確認し、○を記入してください。

	鹿児島市介護サービス事業所等物価高騰対策追加支援事業実施要綱第 2 条第 1 項第 3 号に該当する事業所等であり、同条第 2 項には該当しません。
--	--

3 添付書類

以下の書類が添付されていることを確認し、○を記入してください。

	L P ガスを使用していることを証する書類（L P ガス検針伝票の写し等）
--	---------------------------------------

※ L P ガス検針伝票の写し等（令和 6 年 4 月以降の 1 か月分のみで可）