

様式第 3（第 6 条関係）

支給対象事業所等申立書

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

以下の介護サービス事業所等については、鹿児島市介護サービス事業所等物価高騰対策追加
支援給付金の支給対象事業所等であることを申し立てます。

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			

※ 申立に当たっては、支給対象事業所等であることを証する書類を添付すること。