様式第１号（第５条関係）

鳥羽市障害福祉サービス事業所支援給付金交付申請書

令和　　年　　月　　日

鳥羽市長　様

申請者　住所又は所在地

氏名又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　電話

次のとおり鳥羽市障害福祉サービス事業所支援給付金の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 提供している障害福祉サービス等 |  |
| 廃止又は休止期間 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　円 |

　添付書類　廃止又は休止に係る届出書