第１号様式（第６条関係）

　年　月　日

　立川市長　殿

申請者

所在地　立川市泉町1156-9（法人の所在地）

名称　〇〇〇〇　法人（法人の名称）

代表者氏名　〇〇（役職、法人代表者）　印

電話番号

メールアドレス

障害者施設等におけるＰＣＲ検査等補助金交付申請書

障害者施設等におけるＰＣＲ検査等補助金の交付について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業所名 |  |
| ２　事業所所在地 |  |
| ３　交付申請額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| ４　添付書類 | ⑴　事業の内容が確認できる資料  　　見積書、契約書等  ⑵　積算内訳  ⑶　その他参考資料 |