別紙　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当者名：　　　　　　　　　　連絡先：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業所名 | 事業所所在地 | 事業所種別 | 区分 | 支援金額 |
|  | 入所系の　場合定員数 |
| １ |  |  |  |  |  | 円 |
| ２ |  |  |  |  |  | 円 |
| ３ |  |  |  |  |  | 円 |
| ４ |  |  |  |  |  | 円 |
| ５ |  |  |  |  |  | 円 |
| ６ |  |  |  |  |  | 円 |
| ７ |  |  |  |  |  | 円 |
| ８ |  |  |  |  |  | 円 |
| ９ |  |  |  |  |  | 円 |
| 10 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合計 | 円 |

※「事業所種別」、「区分」及び「支援金額」は、大月市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応重点支援金交付要綱の別表の該当するものを記入すること。