

江戸川区介護職員等宿舎借り上げ支援事業補助金交付申請書(宿舎別)

宿舎番号

法人名

事業所名	
サービス種別	

宿舎住所 (建物名・部屋番号も記載)			
入居者氏名		* 同一宿舎に対象者が複数居住している場合は、下欄又は備考欄に氏名と対象期間を記入してください。	
対象期間	開始日		年 月 日
	終了日		年 月 日

1 交付申請額 金                      円

2 内訳

種別	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	合計(円)
賃借料													
共益費(管理費)													
礼金又は更新料 等													
支払額 (円)													
合計 [a]													
入居者負担額 [b]													
法人負担額 [c] (a-b)													
選定額 [d] (cと基準額82,000円とを 比較し少ない額)													
補助対象経費 d×1/2 (1,000円未満切捨て)													

備考

※ この申請書は、宿舎一戸につき1枚作成してください。