様式第1号(第3条関係)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年度心身障害者扶養共済制度加入者補助金交付申請書 |

年　　月　　日

　　みなかみ町長　　　　様

申請者　住所

氏名

　　群馬県心身障害者扶養共済制度条例の規定により、群馬県心身障害者扶養共済制度に係る掛金の減額を受けたので、みなかみ町心身障害者扶養共済制度加入者補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入番号 | 障害者 | | 口数 | 補助金額 | 知事の減額承認 | | 備考 |
| 住所 | 氏名 | 年月日 | 減額 |
|  |  |  | 1口目 | 円 |  | 円 |  |
| 2口目 | 円 |  | 円 |  |
|  |  |  | 1口目 | 円 |  | 円 |  |
| 2口目 | 円 |  | 円 |  |

　(注)　1　掛金減額決定通知書(県規則別記様式第9号)を添付のこと。