

記入例

平成 年 月 日

東京都知事 殿

法人名： 社会福祉法人キャリアパス
所在地： 東京都新宿区西新宿2-8-1
代表者名： 理事長 福祉 一郎

印

平成30年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業

印鑑証明書と同じ内容を記載、
同じ印で捺印。

標記のついて、下記のとおり提出します。

記

1 補助所要額

金 3,500,000

自動的に入力されます。

※2 補助所要額の合計額を転記してください

2 内訳 (※1 コードは、交付要綱別表1に定めるコードA~Tから選び、ご記入ください。)

Table with 7 columns: No., 事業所名, 事業所番号, ※1コード, 補助所要額, 申請年数, 備考. Includes rows for three facilities and a total row.

事業所名が同一である場合は、サービス名が分かるように記入してください。
補助対象事業所数が7事業所以上の場合、「2 内訳」を任意用紙に記入して提出してください。

事業所の本補助金の申請年数を選択してください。
27年度から→4年目
28年度から→3年目
29年度から→2年目
30年度から→1年目

* 法人の事務取扱者(必ず記入してください)

* 東京都記入欄

Blank box for Tokyo entry.

Table for administrative details: 部署名, ふりがな, お名前, TEL, 事業所数.