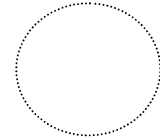


記入時の注意事項です。

ご参照ください。

第4号様式（第8条関係）

法人の代表者印を押してください。



評価実施期間の最終日から
3月末までの間の日付になります。

令和 年 月 日

練馬区長 殿

第1号様式「練馬区認知症対応型共同生活介護に係る福祉サービス第三者評価受診費用助成対象申請書」の申請と同じ法人名、所在地、法人の代表者の職・氏名を記入し、法人の代表者印（社判、個人印不可）を押してください。

法人名
所在地
電話番号
代表者名

印

令和3年度練馬区認知症対応型共同生活介護に係る 福祉サービス第三者評価受審費用助成金交付申請書

練馬区認知症対応型共同生活介護に係る福祉サービス第三者評価受審費用助成要綱第8条に基づき、下記により助成金を交付されるよう申請します。

記

受審事業所	名称	
	所在地	
認証評価機関	名称	
	所在地	
評価実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
交付申請額 (認証評価機関との契約金額と 600,000円を比較していずれ か少ない額)	円	

(添付書類)

- 1 認証評価機関の発行する評価報告書(写)
- 2 認証評価機関と締結した契約書(写)
- 3 領収書その他認証評価機関に福祉サービス第三者評価に伴う経費を支出したことを確認できる書類(写)