（様式第１号）

長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金交付申請書

第　　号

　　年　　月　　日

長野県知事　　○○　○○　様

補助事業者

（所在地）

（法人等の名称）

（代表者職・氏名）

　　　　年度における長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）を下記のとおり実施したいので、補助金　　　　　円を交付してください。

記

１　事業名

　　外国人介護人材受入支援事業

２　経費所要額調

　　（別紙⑴のとおり）

３　事業計画書

　　（別紙⑵のとおり）

４　添付書類

⑴　歳入歳出予算（見込）書の抄本

⑵　経費の積算根拠となる資料

⑶　その他参考となる書類