様式第６号（第８条関係）

 能登町居宅介護支援事業所介護支援専門員支援交付金返還免除申請書

年　　　月　　　日

（宛先）　能登町長

　住　所　　能登町字

申請者　　氏　名

　　　　　（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付け　第　　号により返還命令を受けた能登町居宅介護支援事業所介護支援専門員支援交付金の全部又は一部について、下記のとおり返還の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 返還免除を申請する支給対象者の氏名 |  |
| 返還免除を申請する連帯保証人の氏名 |  |
| 既受領支給額 | 金　　　　　　　　　円 |
| 返還命令額のうち返還免除を受けたい額 | 金　　　　　　　　　円 |
| 返還免除を申請する理由 |  |

※添付書類：返還免除を申請する理由が分かる書類（戸籍抄本、障害者手帳等）