

第1号様式（第7条）

年 月 日

千葉県知事 様

法人所在地  
法人名  
代表者職氏名

令和7年度障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金申請額 円  
(別紙様式2-2の障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業補助金の見込額)
- 2 誓約書(別紙様式1)
- 3 障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書 総括表(別紙様式2-1)
- 4 障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書 個表(別紙様式2-2)
- 5 役員等名簿(別紙様式6)

【その他】

本補助金の請求及び当初の交付申請額から変更が生じることとなった場合の変更交付申請について、千葉県国民健康保険団体連合会に委任いたします。