様式第６号（第８条関係）

令和　　年　　月　　日

尼　崎　市　長　様

尼崎市認知症カフェ運営助成金変更承認申請書

　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認知症カフェ名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Email

　　　令和　　年　　月　　日付け　尼崎市指令（高齢）第　　号で交付決定のあった尼崎市認知症カフェ運営助成金について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 変　更　前 |  |
| 変　更　後 |  |