令和 年 月 日

LP 支援事務局 殿

申請者 住所
 氏名 法人にあつては名称
 及び代表者の氏名

令和 7 年度茨城県 LP ガス料金負担軽減事業支援金交付申請書

令和 7 年度茨城県 LP ガス料金負担軽減事業支援金の交付を受けたいので、茨城県 LP ガス料金負担軽減事業支援金交付要項第 4 条により、関係書類を添えて、次のとおり支援金の交付を申請します。

販売事業者登録番号	
支援 (値引き) 対象世帯数	世帯
支援事業の開始及び完了予定日 ※	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
担当者連絡先	<p>●下記の□のいずれかに☑を記入してください。</p> <p>☐①前回事業と同じ連絡先である</p> <p>☐②連絡先を変更する</p> <p>☐③連絡先を登録する(前回事業に参加していない)</p> <p>(※②③を選択した場合、以下連絡先に記入してください。)</p> <p>(※前回事業に参加し、①・②どちらにも☑がない場合、①を選択されたものとみなします。)</p> <hr/> <p>【連絡先】</p> <p>(住所) 〒</p> <p>(所属)</p> <p>(氏名)</p> <p>(電話) - - (FAX) - -</p> <p>(E-mail) @</p> <p>※記載誤りが多いため送付前に確認をお願いします。</p>

※ 8 月使用 (9 月検針) 分、9 月使用 (10 月検針) 分又は 10 月使用 (11 月検針) 分の値引きの開始及び完了予定日を記載してください。

《事務局記入欄》 ※申請者は記入しないでください。

受付日	交付決定額