

令和 年 月 日

L P 支援事務局 殿

申請者 住所 〒

氏名又は法人名
役職名
代表者名

第四次茨城県 L P ガス料金負担軽減事業支援金交付申請書

第四次茨城県 L P ガス料金負担軽減事業支援金の交付を受けたいので、第四次茨城県 L P 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）対象消費者数	消費者
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>（※①を選択した場合、以下連絡先への記入は不要。</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>

※ 2 月使用（3 月検針）分、3 月使用（4 月検針）分又は 4 月使用（5 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