

様式 1 (第4条関係)

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 □②連絡先を変更する □③連絡先を登録する（前回事業に参加していない） （※①を選択した場合、以下連絡先への記入は不要。 ※②③を選択した場合、以下連絡先に記入してください。） （※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> <p>【連絡先】 (住所) 〒 (所属) (氏名) (電話) - - - (FAX) - - - (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