

茨城県知事 殿

申請者 住所 〒

法人名
役職名
氏名

第五次茨城県 L P ガス料金負担軽減事業支援金交付申請書

第五次茨城県 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、第五次茨城県 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

※ 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。

※「交付額通知書」が届いてから値引きを実施してください。

<担当者連絡先>

下記の□のいずれかに☑を記入してください。

- ☐ ①前回事業と同じ連絡先である
- ☐ ②前回事業の連絡先から変更する
- ☐ ③連絡先を登録する（前回事業に参加していない）

※②③を選択した場合、以下連絡先欄を記入してください。

※前回事業に参加し、①②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。

住所	〒		
所属		氏名	
電話		FAX	
E-mail			

※「所属」、「FAX」、「E-mail」がない場合は、「なし」と記入してください。

《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