

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 法人にあつては名称
及び代表者の氏名

令和 6 年度茨城県 L P ガス料金負担軽減事業支援金交付申請書

令和 6 年度茨城県 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、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	(住所) 〒 (所属) (氏名) (電話) - - (FAX) - - (E-mail) @ ※記載誤りが多いため送付前に確認をお願いします。

※ 4 月使用（5 月検針）分、5 月使用（6 月検針）分又は 6 月使用（7 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