様式第２号（第５条関係）

給付対象事業所一覧表　　　　　　　　 法人名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付金種別 | 事業所名 | 給付金額 | 車両台数 | 定員 | 浴室数 | 特浴数 |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 1.車両　 2.入浴 |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |  |  |

※給付金種別は該当する番号を〇で囲んでください。