

様式第6号(第9条関係)

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者
電話番号

介護人材確保及び業務改善支援事業補助金実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定(変更等承認)のあった、魚沼市介護人材確保及び業務改善支援事業補助金について、魚沼市介護人材確保及び業務改善支援事業補助金交付要綱第9条の規定により報告します。

記

1 補助金実績額

円

2 振込先口座

| 金融機関名 | (銀行・信用組合・金庫・農協) | (本店・支店・支所) | | |
|--------------|-----------------|------------|------|-----|
| ふりがな 口座名義 | | 口座番号 | 普通當座 | No. |

3 添付書類

- (1) 出勤簿の写し
- (2) 源泉徴収票等の写し
- (3) 研修実績報告書(任意様式)
- (4) 対象経費の支払いの確認できるもの
- (5) その他市長が必要と認めるもの