第２号様式（第９関係）

年　　月　　日

（あて先）甲府市長

（申請者）所在地

法人名

代表者職氏名

**甲府市介護事務アシスト促進事業補助金実績報告書**

　　年　月　日付け　第　号で交付決定を受けた甲府市介護事務アシスト促進事業補助金について、次のとおり事業が完了したので、甲府市介護事務アシスト促進事業補助金交付要綱第９の規定により報告します。

　１　精算（確定）額　　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助期間 | 対象経費の実支出額 | 実支出額のうち、消費税及び地方消費税額 |
| 年　　月 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 |

　　 （内訳）

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

３　提出書類

⑴　社会保険労務士の訪問履歴等が確認できる書類

⑵　対象経費の実支出額が確認できる書類

　　⑶　振込先が確認できる通帳等の写し