

宗像市介護人材確保・定着事業補助金実績報告書

年 月 日

（宛先）宗像市長

[申請者] 所在地：

法人名：

代表者職・氏名：

担当者氏名：

電話番号：

メールアドレス：

年 月 日付け 宗介第 号で補助金の交付の決定のあった 年度宗像市介護人材確保・定着補助事業の実績について、宗像市介護人材確保・定着事業補助金交付要綱第8条の規定により次のとおり報告します。

補助事業の名称	○ 介護人材確保事業 ○ 介護人材定着事業 ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください
交付決定額	円
補助対象経費精算額	円
補助事業の対象とした 宗像市内の事業所等の名称	
補助事業実施内容※	
補助事業成果	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 収支報告書 ・ 補助対象経費の支払いを証する書類 (領収書、振込明細書等の写し等) ・ 補助事業の実施内容（サービス名、数量、単価等）が確認できる書類

※補助事業ごとに実施場所、委託先などできるだけ具体的に記載してください。それぞれ事業開始と完了日は必須です。必要な場合は別紙記入をお願いします。