様式第４号(第９条関係)

令和　　年　　月　　日

　　山口市長　　　　様

補助事業者

所在地

法人名

代表者氏名

山口市ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金実績報告書

令和　　年　　月　　日付け指令介第　　号で交付決定を受けた標記補助事業について、山口市ノーリフティングケア用福祉機器導入支援事業費補助金交付要綱第９条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助年度 | 令和　　年度 |
| 指令年月日・番号 | 当初 | 令和　　年　　月　　日・指令介第　　　　号　 |
| 変更 | 年　　月　　日・指令介第　　　　号　 |
| 補助金交付決定額(変更後) | 円　 |
| 補助金額 | 円　 |
| 事業完了日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | （１）収支精算書（２）精算額内訳書（３）経費を支払ったことを証する書類の写し（４）購入した福祉機器の写真（５）補助事業に係る決算書又は決算見込書（６）その他市長が必要と認める書類 |

第５号様式（第９条関係）

収支精算書

 １ 収　入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |  　項　 目 | 決算額 | 備 　　　　考 |
| 市補助金事業者負担額 | 円 |  |
|  計 |  |  |

 ２ 支　出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |  項　 目 | 決算額 | 備 　　　　考 |
|  | 円 |   |
|  計 |  |  |

第６号様式（第９条関係）

精算額内訳書

（介護サービス事業の事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 導入機器及び台数 | 補助対象経費Ａ | Ａ×１／２Ｂ | 補助限度額Ｃ | 交付決定額Ｄ | 補助金額ＢとＣとＤのいずれか少ない額 | 備考 |
| ・・・・・ |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  | 300,000 |  |  |  |

※「補助対象経費」は、消費税及び地方消費税を除く

※「補助金額」は、千円未満切り捨て