

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

潟上市長 様

潟上市介護保険施設等物価高騰対策事業費補助金交付申請書兼実績報告書

標記について、次のとおり申請します。
なお、補助金の交付決定を受けた際には、この申請書をもって潟上市補助金等交付規則（平成17年潟上市規則第42号）第11条第1項に規定する実績報告書とします。

申請者	フリガナ			
	法人名			
	代表者の職・氏名	職名	氏名	
	法人所在地	(郵便番号 -)		
	申請に関する担当者	職名	氏名	
	連絡先	電話番号	E-mail	
	交付決定等書類郵送先住所	(郵便番号 -)		

申請（実績報告）額	
-----------	--

申請内訳

区 分			事業所・施設数	申請額
入所系	1	介護老人福祉施設	箇所	円
	2	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	箇所	円
	3	介護老人保健施設	箇所	円
	4	認知症対応型共同生活介護	箇所	円
	5	短期入所生活介護	箇所	円
小 計			箇所	円
複合系	1	小規模多機能型居宅介護	箇所	円
	小 計		箇所	円
通所系	1	通所介護	箇所	円
	2	地域密着型通所介護	箇所	円
	3	認知症対応型通所介護	箇所	円
	4	通所リハビリテーション	箇所	円
小 計			箇所	円
合 計			箇所	円

※添付書類 ①施設別申請額一覧（様式第2号） ②施設別個票（様式第3号） ③請求書