

様式第4号(第8条関係)

年 月 日

平 川 市 長 様

住 所  
申請者名称及び  
代表者氏名



平川市福祉施設等サービス継続支援事業の実績報告書

令和2年度において実施した平川市福祉施設等サービス継続支援事業補助金による事業が完了したので、平川市補助金等の交付に関する規則第12条の規定により関係書類を添えて、下記のとおり実績を報告します。

記

- 1 交付決定額 金  円
- 2 添付書類
  - (1) 事業実績書 (様式第5号)
  - (2) 収支精算書 (様式第6号)
  - (3) 領収書類の写し ※A4用紙にコピーまたは貼付けしたもの

様式第5号(第8条関係)

平川市福祉施設等サービス継続支援事業  
事業実績書

1 事業の名称	平川市福祉施設等サービス継続支援事業
2 事業の期間	年 月 日～ 年 月 日
3 実績の内容	<p>以下の施設に対し、新型コロナウイルス感染症拡大予防のための消耗品等を購入した。</p> <p>1. 施設名(職員数) : ( ) 住 所 :</p> <p>2. 施設名(職員数) : ( ) 住 所 :</p> <p>3. 施設名(職員数) : ( ) 住 所 :</p> <p>4. 施設名(職員数) : ( ) 住 所 :</p> <p>5. 施設名(職員数) : ( ) 住 所 :</p>
4 事業の成果	<p>新型コロナウイルス感染症拡大予防への取り組みが推進されることにより、サービスの継続が図られた。</p>
5 その他の事項	

様式第6号(第8条関係)

平川市福祉施設等サービス継続支援事業  
収支精算書

1 支出内訳

(単位：円)

項目	金額 (※消費税を含まない)	購入物品名・数量・備考
消耗品費	円	
計	㉞	

2 申請金額

(単位：円)

㉞の金額	㉞	円	支出内訳より転記
㉞の1,000円未満 切り捨て	㉟	円	
上限額*	㊱	円	<input type="checkbox"/> 職員数 10人未満：100,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 10人以上：200,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 30人以上：300,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 50人以上：400,000円 <input type="checkbox"/> 職員数100人以上：500,000円
㉟と㊱のいずれか 小さい金額	[補助金額]	円	申請金額の20%を超える変更があった場合は、事前に担当課にご連絡ください。