様式第３号

川口市高齢者施設等従事者に対する抗原検査頻回実施事業費助成金

実績報告書

年 月 日

（あて先）川口市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

年　　月　　日付け川口市指令介第　　　号で助成金の交付決定の通知を受けた川口市高齢者施設等従事者に対する抗原検査頻回実施事業費助成金の助成事業が完了したので、交付要綱第１０条の規定により、次のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付決定額 | 円 | |
| 要交付額 | 円 | |
| 施設(事業所)  情報 ※１ | 施設(事業所)名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 | （他　　　サービス） |
| 添付書類等 | ・（別紙）実績報告内訳  ・領収書の写し ※２ | |

※１　施設または事業所ごとに報告書を提出すること。

ただし、同一敷地内にて複数サービスを一体的に運営している場合は、この限りではない。この場合は、最も代表的な事業所名等を入力すること。

※２　要交付額の算定に要した領収書の写しを全て添付すること。