（様式７）

文　書　番　号

令和○年○○月○○日

　神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

令和○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業実績報告書

 令和○年○○月○○日付けで交付決定があった標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助事業名　　　　　介護人材キャリアアップ研修受講促進事業

　　　　　　　　　　　　　介護職員研修受講促進支援事業費補助

　　　　　　　　　　　　　　研修受講料支援事業費補助

　　　　　　　　　　　　　　代替職員要員確保対策事業費補助

２　補助金精算額調書　　（様式８）

３　事業実績報告書　　　（様式９）

４　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出決算（見込み）書の抄本

（当該補助事業に係る決算額を備考欄に記入すること。）

(2) その他参考となる資料（別に定める様式等）

【本件責任者及び担当者】

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*