（様式６）

文　書　番　号

○○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施状況報告書

　神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付要綱第９条に基づき、○○年○○月○○日現在の補助事業の遂行状況について報告します。

　１　補助事業名　令和〇年度外国人留学生等介護分野参入促進事業

　　　　　　　　　（介護福祉士養成施設日本語学習等支援事業費補助）

　２　補助事業の執行状況

着手　　○○年○○月○○日

　　　　完了　　○○年○○月○○日

　３　補助事業経費の執行状況

　交付決定額

　　　　精算見込額

【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　\*\*\*＠\*\*\*