

補助金等実績報告書

秋田県知事 佐竹 敬久

提出日厳守！！

(通知等参照)

※補助事業等終了日
から30日以内

記号及び番号
年 月 日

住所（法人にあっては事務所の所在地）

設置主体

氏名（法人にあっては代表者職氏名）

補助事業が終了したので、その実績を次のとおり報告します。

- | | | |
|----|-------------|---|
| 1 | 補助金等の名称 | 結核予防費補助金 |
| 2 | 補助事業等の種類 | 単独事業 |
| 3 | 対象施設（学校）名 | _____ |
| 4 | 補助金等決定額 | _____円 |
| 5 | 補助金等実績額 | _____円 |
| 6 | 差引増減額 | _____円 |
| 7 | 交付決定年月日 | ____年 ____月 ____日 |
| 8 | 交付決定通知書指令番号 | 指令保一 _____ |
| 9 | 補助事業等終了日 | ____年 ____月 ____日 |
| 10 | 添付書類 | <ul style="list-style-type: none">・事業実績書（様式第2号）・収支精算書（様式第11号）・事業経費に伴う領収書類の写し・結核検診に係る結果報告 |

0円または決定額の20%未満の減額としてください。
(増額または20%以上の減額の場合は、先に変更申請が必要です)

最新の決定通知書右上に記載されている年月日・番号を記載してください。

「検診代金の支払完了日」と同じ日付を記載してください。