

第4号様式（第9関係）

年 月 日

調布市長 宛

申請の際に御記入いただいた「事業者名」及び「代表者名」を御記入ください。
当初の申請の際と比較して、「事業者名」、「代表者名」が変更、又は、変更する予定がある場合は、御連絡ください。

事業者名 ○○○○
代表者名 ○○○○

代表者
印

令和3年度調布市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実績報告書

先般、郵送いたしました「交付決定通知書」の右上の日付を御記入ください。
御不明な場合は、記載不要です。

年 月 日 付けで補助金の交付の決定を受けた調布市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業について、事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

事業実績額 1 1 1 円

連絡先 ○○○-○○○-○○○○

氏名 ○○○○○○

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

Eメールアドレス ○○○○○○@○○○○

(本事務を担当する方を記入してください。)