

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

所在地
法人名
代表者職氏名 ㊟

年度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補助金実績報告書

標記の補助金に係る事業実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

（添付書類）

- 1 対象者一覧表（様式1-1、様式1-2、様式1-3又は様式1-4）
- 2 市町村別助成額内訳書（様式2-1又は様式2-2）