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　　　　　　　　印

　　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）