

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

大村市長 様

申請者 所在地
法人等名
代表者氏名
電話番号

大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業補助金実績報告書

年 月 日付け大村市指令 第 号をもって補助金の交付決定の通知を受けた大村市介護保険施設等訪問理美容サービス支援事業が完了しましたので、大村市補助金等交付規則第15条第1項前段の規定により、関係書類を添え、次のとおり報告します。

- 1 介護保険施設等の名称
- 2 補助金の交付決定額及びその精算額
交付決定額 円
精算額 円
- 3 関係書類
 - (1) 利用券（様式第3号）
 - (2) 領収書