様式第５号（第１０条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）愛西市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　申請団体 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

愛西市介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）実績報告書

愛西市介護予防・生活支援サービス事業費補助金交付要綱第１０条の規定により、次のとおり実績を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　総事業費額 |  円 |
| ２　補助金交付申請額 | 　　　　　　円 |
| ３　サービス種別 | □ 訪問型サービスＢ　□ 訪問型サービスＤ（類型Ⅰ)　□ 訪問型サービスＤ（類型Ⅱ）　□ 通所型サービスＢ（送迎なし）　□ 通所型サービスＢ（同一団体による送迎あり） |
| ４　添付書類 | (1)事業実績報告書(2)利用者名簿(3)収支実績報告書 |

　（１）事業実績報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内　容 |
| 実施月（回数） | 　　　　　　　　　月～　　　　　月（計　　　　回） |
| 事業名 |  |
| 実施場所 |  |
| 利用者実人数 | 実人数　　　　　人※利用者名簿については別添のとおり |
| 内容 |  |

（２）利用者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 氏　名 | 利用回数　※１ | 備　考 |
| 1. ( ※２ ）
 | 1. ( ※２ ）
 |
| １ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ３ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ４ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ５ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ６ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ７ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ８ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ９ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １０ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １１ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １２ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １３ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １４ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １５ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １６ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １７ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １８ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| １９ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２０ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２１ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２２ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２３ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２４ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２５ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２６ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| ２７ |  |  | ( ) | ( ) |  |
|  ２８ |  |  | ( ) | ( ) |  |
|  ２９ |  |  | ( ) | ( ) |  |
|  ３０ |  |  | ( ) | ( ) |  |
| 合　　　計 | ( ) | ( ) |  |

※１　利用回数の①には要支援１、要支援２、事業対象者が利用した回数を記入し、②にはそれ以外の者が利用した回数を記入すること。

※２　通所型サービスＢの実施と併せて利用者の送迎を実施する場合は、（　　）内に送迎回数を記入すること。

（３）収支実績報告書

収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内訳 | 金額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内訳 | 金額 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |