

宗像市介護人材確保・定着事業補助金実績報告書

令和 年 月 日

（宛先）宗像市長

[申請者] 所在地：

法人名：

代表者職・氏名：

担当者氏名：

電話番号：

メールアドレス：

令和 年 月 日付け8宗介第 号で補助金の交付の決定のあった令和8年度宗像市介護人材確保・定着補助事業の実績について、宗像市介護人材確保・定着事業補助金交付要綱第7条の規定により次のとおり報告します。

補助事業の名称	<input type="radio"/> 介護人材確保事業 <input type="radio"/> 介護人材定着事業 ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください
交付決定額	円
補助対象経費精算額	円
補助事業の対象とした宗像市内の事業所等の名称	
補助事業の成果	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"><li>・収支報告書（様式第9号）</li><li>・補助対象経費の支払いを証する書類（領収書、振込明細書等の写し等）</li><li>・補助事業の実施内容（サービス名、数量、単価等）が確認できる書類</li></ul>

宗像市介護人材人材確保・定着事業補助金実績報告書  
補助事業実施内容

区分	実施内容	事業開始日 ～完了日
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		

※事業ごとに実施場所、委託先などできるだけ具体的に記載してください。それぞれ事業開始と完了日は必須です。

※実施内容に合わせ、行の縦幅を調整してください。