

宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助金実績報告書

令和 年 月 日

宗 像 市 長 宛

（申請者）

法人所在地：

法人名：

代表者職名・氏名：

印

令和 年 月 日付 8 宗福第 号で補助金の交付の決定のあった宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・定着事業補助事業の実績について、宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・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。

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	・ 収支報告書（様式 9 号） ・ 補助対象経費の支払いを証明する書類 ・ 補助事業を実施したことが確認できる資料

宗像市障害福祉サービス事業所等人材確保・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	事業実施日 ～完了日
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		

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。