（様式第９号）

長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金実績報告書

第　　号

　　年　　月　　日

　　長野県知事　　○○　○○　様

補助事業者

（所在地）

（法人等の名称）

（代表者職・氏名）

　　　　年　　月　　日付け長野県指令　　第　　号で補助金の交付決定があった　　　　年度長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）を下記のとおり実施しました。

記

１　事業名

　　外国人介護人材受入支援事業

２　補助金精算額

　　金　　　　　　　　　　円

３　経費所要額精算書

　　（別紙⑴のとおり）

４　事業実績報告書

　　（別紙⑵のとおり）

５　添付書類

⑴　歳入歳出決算（見込）書の抄本

⑵　契約書等支出証拠書類

⑶　その他参考となる書類