第９号様式（第１５条関係）

番　　号
令和○年○○月○○日

熊本県知事　　様

提出する日付を記載

申請事業所が複数ある場合は、全て記載

法人住所　熊本市●●区●●１－１
法　人　名　社会福祉法人　○○会
事業所住所　熊本市●●区●●１－１
事業所名　特別養護老人ホーム○○苑
法人代表者職・氏名　理事長　▲▲　▲▲

令和５年度（２０２３年度）熊本県介護職員　　境改善支援事業費
（ＩＣＴ導入）補助金実績報告書

代表者名の他、職名も記載
※施設での役職ではなく、
法人での役職
（○理事長　×施設長）

令和５年（２０２３年）１２月２７日付　　き、
令和５年度（２０２３年度）熊本県介護職　　を
実施したので、熊本県補助金等交付規則第　　要項
第９条の規定により、関係書類を添えて

添付書類

１　ＩＣＴ導入効果報告書（第２号様式）

２　経費所要額精算書（第１０号様式）

３　収支精算書（第３号様式を準用）

４　補助対象事業に係る領収書の写し

押印を省略する場合は、この項目に必要事項を記載

※　申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：	理事長　▲▲　▲▲	電話番号	０９６－×××－××××
担当者氏名：	事務長　□□　□□	電話番号	０９６－×××－××××