

(様式6) 申請団体⇒取りまとめ団体

令和 年 月 日

社会福祉法人

大田市社会福祉協議会

会長 西村俊二様

〒

住所

団体名

代表者

印

電話番号

## 令和 年度 7月～9月 実績報告書

大田市地域介護予防活動支援事業を別紙のとおり報告いたします。

記

交付決定額 (A)	4月～9月の支出済額 (B)	助成金残額 (A) - (B)
円	円	円

※添付書類

- ・様式6-1 実績報告書の写し
- ・様式1-1 利用登録者名簿
- ・様式1-2 スタッフ登録者名簿
- ・領収書の写し(24Pの領収書添付用紙をご活用下さい)