様式第4号

　　年　　月　　日

（宛先）名 古 屋 市 長

所在地

法人名

代表者職氏名

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対する

サービス継続支援事業補助金実績報告書

　標記について、下記のとおり実施したので、新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業補助金交付要綱第13条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

1　事業所名

2　精算額 　　金　　　　　　　　　　円

3　経費所要額内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 交付決定額(A) | 対象経費の実支出額(B) | 総事業費から寄附金その他の収入額を控除した額(C) | 精算額 | 精算額合計 |
| (1)事業所等におけるサービス継続支援事業 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| (2)事業所等との連携支援事業 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |

＊交付決定額は交付決定通知書（変更のあった場合は交付決定通知書（変更））の補助額を記入してください。

＊実支出額は、精算内訳に記載した実支出額（千円未満切り捨て）を記入してください。

＊精算額は、(A)（B）(C)を比較して最も低い額を記入してください。

4　精算内訳　　　　別紙のとおり

5　添付書類

(1)　証拠書類の写しまたは、帳簿の写し

　　　納付書、請求書、領収書、契約書、給与台帳など

（提出時に領収書がない場合は、請求書等を添付し、後日、領収書を提出してください。）

(2)　その他参考となる資料

　　　補助対象となった事案など

|  |  |
| --- | --- |
| 6　口座振替登録番号　 |  |

様式第4号 別紙

補助対象となる事案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 氏名 | 被保険者番号 | 発生した日 |
| * 休業要請
 | ― | ― | 令和　年 月 日～令和 年 月 日 |
| ― | ― | 令和　年 月 日～令和 年 月 日 |
| * 感染者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 感染者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 感染者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 濃厚接触者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 |
| * 濃厚接触者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 |
| * 濃厚接触者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 |
| * 濃厚接触者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 |
| * 濃厚接触者
 |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　 ） | 令和　年　月　日 |

＊必要に応じて行の追加や別紙を添付してください。

＊感染者・濃厚接触者が利用者の場合には、被保険者番号を記入してください。