

第4号様式

20〇〇年 5 ① 8 日

町田市長 石坂 丈一 様

事業者名 株式会社 介護サービス町田  
②  
代表者名 町田 介護 ⑧印

平成〇〇年度町田市生計困難者に対して行う介護保険サービス提供事業者の介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業費補助金実績報告書

20〇〇年3月〇〇日付〇〇町い介第〇〇〇〇号により補助金の交付の決定を受けた町田市生計困難者に対して行う介護保険サービス提供事業者の介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業について、事業が完了したので関係書類を添えて報告します。

①(赤枠)に年月日を入力してください。

②(赤枠)に事業者名と代表者名を入力してください。また事業者の代表者印も押印してください。

## 補助金実績報告額総括表

町田市 分

事業者名 株式会社 介護サービス **A** 田

区分	実績報告額
訪問介護	
通所介護	27,708
短期入所生活介護	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
地域密着型通所介護	
認知症対応通所介護	
小規模多機能型居宅介護	
看護小規模多機能型居宅介護	③
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
介護福祉施設サービス	294,327
介護予防訪問介護	
介護予防通所介護	
介護予防短期入所生活介護	
介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防小規模多機能型居宅介護	
第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 (介護予防・日常生活支援総合事業)	
<b>計</b>	<b>B</b> 322,035

③(赤枠)に各事業所で計上された実績報告額をサービスごとに入力してください。  
 A(青枠)は「実績報告書」シートの②(赤枠)に入力されているデータが反映されます。  
 B(青枠)は③(赤枠)の合計した金額が反映されます。