様式第３号（第９条関係）

　令和　　年　　月　　日

　日立市長　　殿

申請者　住所又は所在地

団体等の名称

氏名又は代表者氏名

令和５年度日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助事業

実績報告書

　令和　　年　　月　　日付け日立市指令　第　　号により補助金等の交付決定の通知を受けた日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助事業が完了したので、令和５年度日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助事業の名称 | | 日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費  補助事業 |
| 補助金の名称 | | 日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費  補助金 |
| 補助金 | 交付決定額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 精算額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 補助事業の成果 | |  |
| 添付書類 | | 受領書 |