

別記

様式第 1 号 (第 6 条関係)

補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

法人所在地 佐倉市海隣寺町 番地

申請者 佐倉 二郎

法人名及び代表者氏名 印

社会福祉法人 × × 佐倉 太郎

担当者氏名 佐倉 三郎

電話番号 043 - 484 - ○○

メールアドレス shogai hukushi@123. jp

佐倉市障害福祉施設等感染拡大予防事業費補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則の規定により、次のとおり申請 (報告) します。

補 助 年 度	令和 2 年度	
補助対象 事業所の 概要	サービス種別	自立訓練 (生活訓練)
	事業所名	自立訓練事業所 × ×
	事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1
補助を申請 する事業の 概要等	名 称	佐倉市障害福祉施設等感染拡大予防事業
	目的・内容	感染防止のための物品購入
	購入物品	マスク 4 , 0 0 0 枚、消毒用エタノール 5 L
交 付 申 請 額	6 0 , 0 0 0 円	

添付書類	1 領収書その他補助対象経費の支払を証明する書類 2 その他添付書類
------	---------------------------------------