

「補助金等実績報告書」提出の際の注意

才 補助事業等実績報告書（記入例）

第4号様式（第12条関係）

（記入例）

補助事業等実績報告書

「補助金等完了年月日」以降 ○○年○月○日

（あて先）長崎市長

補助事業者
住所 長崎市○町○番○号
氏名 社会福祉法人○会
○○○○保育園
理事長 ○○ ○○
（団体の場合は、団体名及び代表者名）

「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせてください。代表者印は申請書と同一のものを使用してください。

「補助金等交付決定通知書」の指定番号と指定年月日（同通知書の日付）を記載して下さい。

長崎市補助金等交付規則第12条の規定により、次のとおり報告します。

指 令 年 月 日	年 月 日	指 令 番 号	長崎市指令健づ第○○号
補 助 年 度	○○年度	補 助 事 業 等 の 名 称	長崎市フツ化物洗口薬剤等購入費補助金
補 助 事 業 等 の 完 了 年 月 日	年 月 日	薬剤等の購入完了日です。	
補 助 金 等 の 交 付 決 定 金 額	○○○○○ 円		
補 助 金 等 の 既 交 付 金 額	0 円		
補 助 事 業 等 の 経 費 精 算 額 （補助対象金額）	○○○○○ 円		
添 付 書 類	購入薬剤等の領収書（写）		

「補助事業等交付決定通知書」の交付決定金額と同様です。

平成 年 月 日

領収書

様

下記の通り、領収致しました。

納 期：平成 年 月 日迄
納入場所：指定場所

薬局等名称
住所
体表者氏名

¥15,714

品名	包装	数量	単価	金額(税抜)
1 オラブリス洗口用顆粒11%	1.5g×1包	250	55	¥13,750
2 オラブリス洗口用顆粒11%	6g×1包			
3 オラブリス洗口用顆粒11%溶解瓶	300ml×1本	4	200	¥800
4 オラブリス洗口用顆粒11%異国洗口用溶解瓶	1200ml×1本			
5				
6				
合計(税抜)				¥14,550
消費税(8%)				¥1,164
総合計(税込)				¥15,714

原本と相違ありません。

住所 長崎市○町○番○号
氏名 社会福祉法人○会
○○○○保育園
理事長 ○○ ○○
（団体の場合は、団体名及び代表者名）

領収書がコピーの場合は、「原本と相違ありません」と記載し、「補助金等交付申請書」に記入した住所・氏名と内容を合わせ、代表者印は申請書と同一のものを使用してください。

訂正の際の注意

修正液等は使用しないでください。
訂正印は申請書等と同一のものを使用してください。