

第5号様式（第8条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

住 所
法 人 名
代表者名

印

利用者負担軽減制度事業実績報告書

年度昭島市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金に係る実績を下記のとおり報告します。

記

- | | | |
|---|----------------|---|
| 1 | 交付請求額 | 円 |
| 2 | 実績額 | 円 |
| 3 | 返還額 | 円 |
| 4 | 添付書類 | |
| | （1）利用者負担軽減額総括票 | |
| | （2）利用者負担軽減額個人票 | |