

第10号様式（第13条関係）

| | | | |
|--|---------|--|--|
| | | 令和〇年〇〇月〇〇日 | |
| 熊本県知事 | | 様 | |
| | | 提出する日付を記載 | |
| 申請事業所が複数ある 場合は、全て記載 | 法人住所 | 熊本市●●区●●1-1 | |
| | 法人名 | 社会福祉法人 〇〇会 | |
| | 事業所住所 | 熊本市●●区●●1-1 | |
| | 事業所名 | 特別養護老人ホーム 〇〇苑 短期入所生活介護事業所 〇〇苑 | |
| | 事業所住所 | 熊本市△△区△△1-1 | |
| | 事業所名 | グループホーム 〇〇 | |
| | 法人代表者職名 | 理事長 ▲▲ ▲▲ | |
| 令和5年度（2023年度）熊本県介護職員等改善支援事業費 （介護ロボット）補助金実績報告書 令和5年（2023年）12月27日付 令和5年度（2023年度）熊本県介護職員等改善支援事業費 を実施したため、熊本県補助金等交付規則第1 条の規定により、関係書類を添えてその実 | | | |
| | | 代表者名その他、職名も記載 ※施設での役職ではなく、 法人での役職 (○理事長 ×施設長) | |
| 添付書類 | | | |
| 1 介護ロボット導入等効果報告書（第2号様式） | | | |
| 2 経費所要額精算書（第11号の1様式、第11号の2様式） | | | |
| 3 収支精算書（第3号様式を準用） | | | |
| 4 補助対象事業に係る領収書の写し | | | |
| | | 押印を省略する場合は、この項目に必要事項 を記載 | |

※ 申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名：理事長 ▲▲ ▲▲ 電話番号 096-xxxx-xxxx

担当者氏名：事務長 □□ □□ 電話番号 096-xxxx-xxxx