

申請額ではなく、**総事業費**を記載
 ※補助を受ける機器の導入経費の
 総額(税込)
 ※申請事業所が複数ある場合は、全
 事業所分を合計した額

第3号様式

令和5年度(2023年度)熊本県介護職員勤務環境改
 (ICT導入)補助金収支予算(精算)書

収入予算(精算)額 1,100,000円
 支出予算(精算)額 1,100,000円
 差引額 0円

「予算額」の欄に記載

収入の部

科目	予算額(円)	補助金の額は、申請書 (第1号様式)に記載 した額	摘要
1 熊本県補助金	500,000		
2 自己負担額	500,000		
3 その他	100,000		消費税
計	1,100,000		

支出の部

科目	予算額(円)	精算額(円)	摘要
1 事業費	1,000,000		
2 その他	100,000		消費税
計	1,100,000		

提出する日付を記載

※申請書(第1号様式)に記載した
 のと同じ日付

止してください。また、収入・支出は原則同額になります。
 なる場合は、その理由を摘要欄に記載してください。

本は原本と相違ないことを証明する。

令和5年〇〇月〇〇日

申請事業所が複数ある
 場合は、全て記載

法人名 社会福祉法人 〇〇苑
 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
 法人代表者職・氏名 理事長 ●●●●

※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-××××
 担当者氏名: 事務長 △△△△ 電話番号 096-××××

押印を省略する場
 合は、この項目に必要
 事項を記載

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)

