別記第5号様式（第9条関係）

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金実績報告書

年　　月　　日

多古町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

 事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年　　月　　日付け多古町指令第　　号　　で補助金交付の決定のあった　　　　年度多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金について、多古町重症心

身障害児等短期入所特別支援事業補助金要綱第9条の規定により、下記の関係書類を添え

てその実績を報告します。

記

１　多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金収支精算書（別紙２）

２　収支決算（見込）書抄本

別紙３

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金収支精算書

事業所名：

担当者名：

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費の支出済額Ａ | 寄付金その他の収入額Ｂ | 差引額Ｃ(Ａ－Ｂ) | 補助基準額計Ｄ | 補助金清算額(ＣとＤを比較して少ない額)Ｅ | 交付決定済額Ｆ | 差引過不足額Ｆ－Ｅ |
|  |  |  |  |  |  |  |

注１　補助対象経費の支出済額（Ａ）は、下表（１）補助対象経費の支出済額内訳の合計額を記入してください。

注２　補助基準額計（Ｄ）は、下表（２）補助基準額積算内訳の合計額を記入してください。

（１）補助対象経費の支出済額内訳

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 人件費 |  |
| その他運営費 |  |
| 合計額　　Ａ |  |

注３　人件費は、利用対象者の支援にあたる職員の人件費を記入してください。なお、複数の職員が支援にあたる場合は、各職員における業務割合を算出し、合算してください。

注４　その他運営費は、利用対象者のみに係る運営に係る経費を記入してください。

（２）補助基準額積算内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象事業の区分 | 利用対象者名 | 補助基準額ａ | 利用日数ｂ | 補助基準額計ａ×ｂ | 備考 |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
| 合計額　　　Ｄ | 円 |  |

注５　補助対象事業の区分は、終日型短期入所の場合は「終日」を、夜間型短期入所利用の場合は「夜間」を記入する。