

記載例

様式第 6 号（第 11 条関係）

各法人で文書番号を取得している
のであれば、記載してください。
無ければ空白で大丈夫です。

第 号
令和 8 年〇月〇日

愛媛県知事

様

各法人の住所等をご記入ください。

事業主体名

住 所

代表者職氏名

印

愛媛県介護事業所等及び介護施設等に対する サービス継続支援事業費補助金精算払請求書

実績報告書の提出後、「額の確定通知」を送付します。その通知に記載がある日付・文書番号をご記入ください。

令和〇年〇月〇日付け愛媛県指令〇長第〇〇〇号で補助金交付決定のあった
標記補助金について、愛媛県介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継
続支援事業費補助金交付要綱第 11 条の規定により、次のとおり請求します。

記

一金 500,000 円也

内訳	介護事業所等に対するサービス継続支援事業 (交付決定通知額)	500,000 円
	介護施設等に対するサービス継続支援事業 (交付決定通知額)	0 円
	今 回 請 求 額	500,000 円

県から送付する「額の確定通知」の額を記載してください。