

年 月 日

職 氏 名 様

申請者名は交付申請書提出時
と一致するようにしてください。
(名称変更等あった場合は個
別に御相談ください)

住 所
申請者 氏 名

印

(団体にあつては、名称及び代表者の氏名)

年度鳥取県地域医療介護総合確保基金

県から送付された交付決定通知書に
基づいて記載してください。

年 月 日 第 号による交付決定に係る事業の実績について、鳥取県補
助金等交付規則第17条第1項の規定により、下記のとおり報告します。

記

補助事業名(事業区分)を
正しく記入しているか確認
してください。

交付決定時の算定基準額、交付決
定額を記入してください。

鳥取県地域医療介護総合確保基金事業補助金
(補 助 事 業 名)

交 付 決 定	算 定 基 準 額	交 付 決 定 額
実 績		
差 引		
添 付 書 類	1 事業報告書 2 収支決算書(に準ずる書類)	

算定基準額、交付申請額
(交付額)が実績報告書の
様式第1号(1)と一致して
いるか確認してください。

交付決定と実績の差引を
それぞれ計算して記入し
てください。