

実績報告書

稲城市長 殿

住所

事業者名

代表者氏名

年 月 日付稲福障第 号で交付決定の通知を受けた  
 年度稲城市障害福祉サービスヘルパー事業等促進・育成補助金にかかる事業が完了した  
 ので、稲城市障害福祉サービスヘルパー事業等促進・育成補助要綱第10条の規定に  
 より、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1 交付決定額及び交付済額 \_\_\_\_\_ 円

2 実績報告額 \_\_\_\_\_ 円

3 実績内容

区分	内容
1号	雇用した人員の名称： 要した経費内容及び金額：
2号	(1)かかった経費の内訳  (2)その他福祉部長が指定する項目
3号	(1)資格を取得した者 氏名： 生年月日： 年 月 日 (2)取得した資格名及び取得日 資格名： 取得日： 年 月 日

※添付書類

- 1号：雇用に関する資料（契約書等）及び要した経費の内容が分かる領収証等
- 2号：上記内容の補完が必要な場合、内容の資料
- 3号：資格取得後1年間の勤務証明書（別紙様式）

勤 務 証 明 書

稲城市長

殿

住所

事業者名

代表者氏名

（事業所名： ）

補助対象者が以下の期間、当事業所にて記載のサービスにかかるヘルパーとして  
従事したことを証明します。

補助対象者	住所：
	氏名：
勤務期間	資格取得日（ 年 月 日）から1年以上
上記期間に携わった サービス	居宅介護 重度訪問介護 行動援護 移動支援事業  ※稲城市が援護している利用者に提供した 障害福祉サービスに限る。

※添付書類

- ・ 出勤簿、給与明細等