

# 記 載 例

第5号様式(第14条関係)

年 月 日

「補助金等交付決定通知書」の右上に記載された文書交付日と交付番号を記載してください。

補助事業者  
住 所 武蔵村山市学園4-5-1  
氏 名 村山 太郎 ㊟

補 助 事 業 等 実 績 報 告 書

令和●年●月●日付第●●●●号の2で交付を受けた補助事業等について、下記のとおり実績を報告します。

記

補助事業等の名称	武蔵村山市地域介護予防活動支援補助事業 （「お互いさまサロン」●●の運営）		
補助事業等の成果	毎月第2水曜日午前10時から11時30分まで市民総合センターにて開催。 介護予防体操や脳トレを行い、介護予防や地域の交流の場づくりに取り組みました。		
着手年月日	令和●年●月●●日	完了年月日	令和○年○月○日
補助事業等が翌年度におよぶ場合は、翌年度の計画	月1回90分間、住民や外部講師による介護予防プログラムを実施する。		

補助事業等の収支決算書 別紙のとおり

(日本産業規格A列4番)

# 記載例

外部講師による専門プログラムを実施した場合は「有」に丸を付けてください。

第4号様式（第8条関係）

## 事業実績書

No.	活動日	活動場所	活動内容	専門プログラムの有無	参加者数 (スタッフ含む)
1	令和●年4月●日(水)		見守り活動	有・ <input type="radio"/> 無	人
	時 分～時 分				
2	令和●年5月●日(水)		見守り活動	有・ <input type="radio"/> 無	人
	10時0分～11時30分				
3	令和●年6月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	9人
	10時0分～11時30分				
4	令和●年7月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	8人
	10時0分～11時30分				
5	令和●年8月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	11人
	10時0分～11時30分				
6	令和●年9月●日(水)	市民総合センター	セラピスト派遣 体操教室	<input checked="" type="radio"/> 有・無	19人
	10時0分～11時30分				
7	令和●年10月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	10人
	10時0分～11時30分				
8	令和●年11月●日(水)	市民総合センター	出前講座 防災教室	<input checked="" type="radio"/> 有・無	9人
	10時0分～11時30分				
9	令和●年12月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	6人
	10時0分～11時30分				
10	令和○年1月●日(水)	市民総合センター	介護予防体操、 脳トレ	有・ <input type="radio"/> 無	6人
	10時0分～11時30分				
11	令和○年2月●日(水)	市民総合センター	セラピスト派遣 体操教室	<input checked="" type="radio"/> 有・無	16人
	10時0分～11時30分				
12	令和○年3月●日(水)	市民総合センター	出前講座お口の健 康づくり	<input checked="" type="radio"/> 有・無	14人
	10時0分～11時30分				
13	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
14	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
15	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
16	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
17	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
18	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
19	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				
20	年 月 日 ( )			有・無	人
	時 分～時 分				

※ 行が足りないときは、適宜行を追加してください。

(日本産業規格A列4番)

# 記 載 例

第5号様式（第8条関係）

## 収支決算書

<収入の部>

(単位：円)

項 目	金 額	内 訳 等
市補助金	50,000 円	
参加者負担金	17,800 円	参加費 1 回 200 円×89 人=17,800 円
その他		
合 計	67,800 円	

<支出の部>

(単位：円)

項 目	金 額	内 訳 等
報償費（謝礼）	15,000 円	講師謝礼 5,000 円×3 回
旅費（交通費）		
消耗品費	15,000 円	文具、プリンターインク、コピー用紙、消毒液
印刷製本費	4,700 円	コピー代
通信運搬費	2,000 円	切手代
使用料及び賃借料	4,500 円	市民総合センター 1 回 450 円×10 回
保険料	3,600 円	30 円×10 人×12 回
その他	23,000 円	脳トレドリル、書籍、
合 計	67,800 円	

<収入の部>の合計と<支出の部>の合計が合うように記載してください。

内訳は必ず記入してください。  
 また、当該補助事業では、翌年繰越は認められません。  
 概算払いを選択かつ交付決定額が確定額を超える場合は返還手続が必要です。

# 記載例

## 御 請 求 書

請求日 令和 年 月 日

武蔵村山市長 様

「補助金等交付決定通知書」の右上に記載された文書交付日と交付番号を記載してください。

(請求者)

武蔵村山市

印

令和●年●月●日付武収第●●●号の2にて交付の決定を受けた令和●年度武蔵村山市地域介護予防活動支援補助金について、下記のとおり御請求申し上げます。

請求金額	
	円

但し、概算払いとして（概算払いの場合）

下記の口座にお振込みください。

振込口座情報	
銀行名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
口座名義	

申請団体名義又は代表者名義の口座を御記入ください。

※申請者と異なる口座名義の場合、振込みができない、又は別途手続が必要となります。

# 記載例

## 御 請 求 書

請求日 令和 年 月 日

武蔵村山市長 様

「補助金等交付確定通知書」の右上に記載された文書交付日と交付番号を記載してください。

(請求者)

武蔵村山市

印

令和●年●月●日付武収第●●●●号の2にて交付の確定を受けた令和●年度武蔵村山市地域介護予防活動支援補助金について、下記のとおり御請求申し上げます。

請求金額	
¥	円

(確定払いの場合)

下記の口座にお振込みください。

振込口座情報	
銀行名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
口座名義	

申請団体名義又は代表者名義の口座を御記入ください。

※申請者と異なる口座名義の場合、振込みができない、又は別途手続が必要となります。

# 記載例

## 精算書

令和●年度武蔵村山市地域介護予防活動支援補助金を下記のとおり精算します。

記

収支決算書<支出の部>の合計額から、自己財源を差し引いた額を記載してください。なお、50,000円を超える場合は、「50,000円」と記載してください。

概算受領額	円
精算額	円
差引返還額	円

「概算受領額」から「精算額」を差し引いて、0円を超える場合は、補助金の返還対象となります。

令和 年 月 日

武蔵村山市長 殿

補助事業者

住所

氏名

印