様式第２号（第１１条関係）

　　　年　　月　　日

　八頭町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請人　住　所

氏　名　　　　　　　　　　印

（団体代表者氏名）

年度　八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業補助金実績報告書

　年　月　日付第　号による交付決定に係る事業の実績について、八頭町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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金等の名称 | 八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業補助金 | |
| 交付決定 | 算定基準額 | 交付決定額 |
|  |  |
| 実　　績 |  |  |
| 差　　引 |  |  |
| 添 付 資 料 | １　事業実績報告書  ２　事業収支決算書  　３　その他必要と認める書類 | |