

様式第1号（第5、第8関係）

平成 年 月 日

北 上 市 長 様

届出者 住 所
名 称 及 び
代 表 者 氏 名

⑩

身体障害者等訪問入浴サービス事業実施（中止）届出書

北上市身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金交付要綱に規定する訪問入浴サービス事業を実施（中止）したいので、次のとおり届け出ます。

記

事業開始（中止）の日 平成 年 月 日

様式第2号（第6関係）

平成 年 月 日

北上市長様

申請者 住 所
名 称 及 び
代表者氏名

⑩

補 助 金 交 付 申 請 書

北上市身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金交付要綱に基づく補助金の交付を受けたいので、次のとおり訪問入浴サービス事業利用実績記録票を添えて申請します。

記

平成 年 月提供サービス分として 金 円

様式第3号（第6関係）

訪問入浴サービス事業利用実績記録票

平成 年 月分

事業利用者番号		利用者氏名 (保護者氏名)	()
契約利用回数 (補助対象利用上限回数)		回/月 (回/月)	事業者名
補助基準額 (1回当たり)		円	市補助割合
利用者負担額 (1回当たり)		円	補助申請額 (1回当たり) 円

日付	曜日	訪問時間	利用者確認印	摘要
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		
		: ~ :		

利用回数	利用者負担額合計	補助申請額	摘要
回	円	円	

様式第4号（第6関係）

北上市指令第 号

住 所

名 称

補 助 金 交 付 決 定 通 知 書

平成 年 月 日付けで交付申請のあった身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金に対し、北上市身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金交付要綱第6の規定により、補助金 円を交付することに決定したので通知します。

平成 年 月 日

北上市長



- 1 補助事業者は、北上市身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金交付要綱（平成18年北上市告示第〇号）、北上市補助金交付規則（平成3年北上市規則第57号）及び北上市補助金交付要綱（平成3年北上市告示第16号）に従ってください。
- 2 補助事業者は、この補助金に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を整え、かつ当該収入及び支出についての証拠書類を、補助事業完了の翌年度から起算して5年間整備保管してください。

様式第5号（第7関係）

平成 年 月 日

北上市長様

住所
名称及び
代表者氏名

印

補助金交付請求書

平成 年 月 日付け北上市指令第 号で交付決定のあった身体障害者等訪問入浴サービス事業費補助金について、北上市身体障害者等訪問入浴サービス事業費交付要綱第7の規定により、次のとおり請求します。

記

平成 年 月サービス提供分として

補助金交付決定額	金	円
補助金交付請求額	金	円