様式第17号(第12条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減制度事業費補助金交付額確定通知書

年　　月　　日

補助事業者

|  |
| --- |
| 法人所在地 |
| 法人名称  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　様 |

出雲市長　　　　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日付けで実績報告のありました補助事業等については、次のとおり補助金等の額を確定しましたので、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実施要綱第12条の規定により通知します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指令年月日 | 年　　月　　日 | | 指令番号 | 指令　　第　　号 |
| 補助年度 | 年度 | | 補助金の名称 | 社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業費補助金 |
| 事業所の名称 |  | | | |
| 補助金の交付決定通知額 | 円 | | | |
| 補助事業の経費  精算額 | 円 | | | |
| 補助率 |  | | | |
| 補助金の交付確定額 | 円 | | | |
| (交付決定通知額)－(交付確定額) | | 円 | | |