

様式第 1 (第 4 条関係)

年 月 日

岩倉市長 殿

住 所
名 称

障害者通所施設歯科健康診査事業助成金交付申請書

岩倉市障害者通所施設歯科健康診査事業助成金交付要綱第 4 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金申請額 金 円
- 2 添付書類
 - (1) 障害者通所施設歯科健康診査事業計画書 別紙 1
 - (2) 収支予算書 別紙 2

別紙 1

障害者通所施設歯科健康診査事業計画書

1 事業の目的

2 事業の概要

収支予算書

収 入

(単位：円)

項 目	金 額	積 算 の 基 礎
岩倉市障害者通所施設歯科 健康診査事業助成金		
計		

支 出

(単位：円)

項 目	金 額	積 算 の 基 礎
助 成 対 象 経 費		
小 計		
対 象 外 経 費		
小 計		
合 計		

- 備考 1 本事業に要する収入及び支出を記載してください。
- 2 支出のうち助成対象外経費がない場合は、対象外経費欄に斜線を引いてください。

様式第2（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

障害者通所施設歯科健康診査事業助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました障害者通所施設歯科健康診査事業助成金については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 助成額 金 円
- 2 助成条件 申請目的以外の事業に使用しないこと

様式第3（第6条関係）

年 月 日

岩倉市長 殿

住 所
名 称

障害者通所施設歯科健康診査事業助成金実績報告書

岩倉市障害者通所施設歯科健康診査事業助成金に係る事業実績について、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 障害者通所施設歯科健康診査事業実績報告書 別紙1
- 2 収支決算書 別紙2

別紙 1

障害者通所施設歯科健康診査事業実績報告書

1 事業の目的

2 事業の概要

収支決算書

収 入

(単位：円)

項 目	金 額	積 算 の 基 礎
岩倉市障害者通所施設歯科 健康診査事業助成金		
計		

支 出

(単位：円)

項 目	金 額	積 算 の 基 礎
助 成 対 象 経 費		
小 計		
対 象 外 経 費		
小 計		
合 計		

- 備考 1 本事業に要した収入及び支出を記載してください。
- 2 支出のうち助成対象外経費がない場合は、対象外経費欄に斜線を引いてください。

様式第4（第7条関係）

助成金請求書

金 円

ただし、 年度岩倉市障害者通所施設歯科健康診査事業助成金として、上記の金額をお渡しください。

年 月 日

住所

名称 印

岩倉市長 殿

振込先

振込先金融機関名 及び支店名	預金の種類	口座番号	ふりがな 口座名義