（様式第２）

**【感染拡大防止R4-1】**

20 年 月 日

奈井江町商工会

会長　石川　正人　殿

　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　 代表者の役職・氏名　　　　　　　　　印

奈井江町感染拡大防止措置実施事業に係る助成事業実績報告書

奈井江町感染拡大防止措置実施事業終了に伴い下記のとおり報告します。

記

１．助成事業名　奈井江町感染拡大防止措置実施事業

２．事業期間

　　　　開始　　2022年　　月　　日

　　　　終了　　　　 年　　月　　日

３．実施した補助事業の概要

（１）事業者名

（２）事業の具体的な取組内容

（３）事業経費の状況

　　　・支出内訳書（別紙２）

（別紙２）【様式第２：実績報告書に添付】

支出内訳書

事業者名：

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 内容 | 助成対象経費 |
| １．消毒費用 |  |  |
| ２．マスク費用 |  |  |
| ３．清掃費用 |  |  |
| ４．飛沫対策費用 |  |  |
| ５．換気費用 |  |  |
| ６．その他衛生管理費用 |  |  |
| ７．ＰＲ費用 |  |  |
| 助成対象経費合計（上記1.～7.の合計） |  |
| （１）助成対象経費合計の１０分の９の金額（円未満は切り捨て） |  |
| （２）交付決定通知書記載の助成金の額（計画変更で助成金の額を変更した場合は変更後の額） |  |
| （３）交付を受ける助成金額（（１）又は（２）のいずれか低い額） |  |

**【感染拡大防止R4-1】**

（様式第３）

20 年 月 日

奈井江町商工会

会長　石川　正人　殿

　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　 代表者の役職・氏名　　　　　　　　　印

奈井江町感染拡大防止措置実施事業に係る補助金精算払請求書

奈井江町感染拡大防止措置実施事業終了に伴い助成金を下記のとおり請求します。

記

１．助成事業名　奈井江町感染拡大防止措置実施事業

２．請求金額（単位は円とし、算用数字を用いること。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３．振込先金融機関名、支店名、預金の種別、口座番号及び預金の名義（カタカナ）

　　　＊以下の各項目（カタカナの名義含む）が記載された当該口座の預金通帳のページ

のコピーを添付すること。

　　　振込先金融機関名：

　　　金融機関コード（４桁）：

　　　支店名：

　　　支店コード（３桁）：

　　　預金の種別：

　　　口座番号：

　　　預金の名義(カタカナ)：