

地域保健福祉活動振興事業費補助事業実績報告書

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

申請団体 所 在 地 朝霞市

団 体 名

代表者氏名

電 話 番 号 ー

年 月 日付で補助金の交付決定を受けた事業が完了したので、
次のとおり報告します。

補 助 金 受 入 額	円
対 象 事 業 費	円
対象事業費に占める補助金の割合	% (小数点第 3 位を四捨五入して下さい。)
添 付 書 類	1 実 施 報 告 書 (様式第 6 号) 2 収 支 決 算 書 (様式第 7 号) 3 その他参考資料