

捨印

捨印をお願いします（任意）

施設名称： 特別養護老人ホーム〇〇園

精 算 書

令和 3 年度外国人技能実習制度に基づく外国人介護実習生の受入支援補助金について、
下記のとおり精算します。

- 1 受領額
292,000円
- 2 精算額
242,000円
- 3 追加請求額
0円
- 4 返納額
50,000円
- 交付決定を受けた額を記入してください。
- 実績報告書（別記第 3 号様式）の「精算額」と一致します。
- 0円としてください。
- 「1 受領額」－「2 精算額」がマイナスの場合は0円になります。
- 日付は空欄で提出をお願いします。

東京都知事 殿

令和 年 月 日

法人名 社会福祉法人〇〇〇会
法人所在地 東京都新宿区西新宿〇丁目〇番地
代表者名 理事長 東京 太郎

印鑑登録の印鑑を必ず使用してください。

印

印鑑証明書と同じ内容を記載してください。
代表者の職名も記載してください。