

第5号様式

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4年度外国人介護福祉士候補者受入施設研修費補助金について、下記のとおり精算します。

記

1 受領額
400,000円

交付決定を受けた額を記入してください。

2 精算額
393,000円

第3号様式1の精算額を記入してください。

3 追加請求額
0円

0円としてください。

4 返納額
7,000円

受領額－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。

令和 年 月 日

東京都知事殿

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。