

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。

記

1 受領額
292,000円

交付決定額と一致します。

2 精算額
242,000円

実績報告書（別記第3号様式）
の「精算額」と一致します。

3 追加請求額
0円

0円としてください。

4 返納額
50,000円

「受領額」－「精算額」が
マイナスの場合は0円になります。

日付は空欄でお願い
します。

令和 年 月 日

東京都知事殿

法人名
法人所在地
代表者名

社会福祉法人〇〇〇会
東京都新宿区西新宿〇丁目〇番地
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。