様式第７号（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

宮古島市長　　様

（法人名）

（役職・代表者名）

宮古島市障害福祉サービス施設・事業所等に勤務する職員に

対する支援金実績報告書

　令和　年　月　日付け宮古島市指令第　　号で支給決定を受けた標記に係る支給実績について、関係書類を添えて提出する。

支　払　済　額　：　　　　　　　　　　　　円

（内訳）

　　対象人数　　　　　人　（１人あたり50,000円）

振込手数料　　　　　　　円

（添付書類）

　障害福祉支援金受給職員表及び受領報告書（法人単位）（様式第４号）

　　※支払実績欄へ記入・押印されたもの

【申請内容に関する問い合わせ先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部署名 | |  |
| 担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| e-mail |  |