

(様式第6号)

年 (年) 月 日

豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金実績報告書
(令和 年 月～ 月分)

豊 中 市 長

事業者名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

令和 年 月～ 月分について、以下のとおり報告します。

		単価	件数	計
初期費用	月	円	件	円
	月	円	件	円
	月	円	件	円
月額費用	月	円	件	円
	月	円	件	円
	月	円	件	円
ICT 見守り機器 撤去立ち会い費用	月	円	件	円
	月	円	件	円
	月	円	件	円
再開時の ICT 見守り機 器設置立ち会い費用	月	円	件	円
	月	円	件	円
	月	円	件	円

請求総額	円
------	---

・初期費用

登録番号	対象者名	面談日	備考

・月額費用

登録番号	対象者名	設置年月日	今回請求月	備考

・ICT 見守り機器撤去立ち会い費用

登録番号	対象者名	立ち会い日	備考

・再開時の ICT 見守り機器設置立ち会い費用

登録番号	対象者名	立ち会い日	備考

※行は適宜追加してください。