（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　月分）**

豊　中　市　長

　　　 　事業者名

担当者名

電話番号

令和　年　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 |  |  | 円 |
| 月額費用 |  |  | 円 |
| ICT見守り機器撤去  立ち会い費用 |  |  | 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 | 継続月数 | 設置年月日 | 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※行は適宜追加してください。