様式第２号　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 番　 　　号

年　　月　日

福井県知事　　　　　　　　　　　　様

申請者　住所

　　　　氏名

┌法人にあっては名称┐

　└および代表者の氏名┘

令和　　年度　看護補助者処遇改善事業補助金実績報告書

　令和　　年度看護補助者処遇改善事業について、補助金の交付を受けたいので、福井県補助金等交付規則第１２条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

１　補助事業等の名称

２　補助事業等の実施期間

３　事業実績

　　別添様式１のとおり

４　補助事業実績金額

　　　　　　　　　　　円

５　添付書類

（１） 看護補助者処遇改善事業補助金・処遇改善報告書（別添様式１）

担当：福井県健康福祉部健康医療局

地域医療課　人材確保G　伊藤

TEL ：0776-20-0345