

実績報告書

第 号  
令和 年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所在地 〒  
名称  
代表者職氏名

令和 年 月 日付け 第 号により給付金の交付の決定を受けた就労継続支援B型事業所利用者生活安定給付金の利用者への支払が完了したので、関係書類を添えて報告します。

1	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
2	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
3	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
4	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
5	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
6	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
7	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
8	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
9	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	
10	事業所番号		支給人数	
	事業所名		給付金の額	

(注) 次の書類を添付すること

- 1 給付金支払明細一覧表（様式第6号）
- 2 その他参考となる資料