様式第５号（第１０条関係）

 年　　　　月　　　　日

職　　氏　　　名　　　　様

住所

申請者　氏名

(団体にあっては、名称及び代表者の職・氏名)

　　年度鳥取県地域医療介護総合確保基金事業（介護分）補助金の事業

遂行状況報告書

　　　年　　月　　日付第　　　　号をもって交付決定を受けた標記について、別表のとおり報告します。