

秋田市地域保健推進員活動事業補助金実績報告書

年 月 日

（宛先） 秋 田 市 長

代表者住所 _____

役 職 名

代表者氏名 _____

電話 _____（ _____ ） _____

秋田市地域保健推進員活動事業補助金交付要綱に基づき、次のとおり報告いたします。

1 地区名 _____

2 交付決定金額 _____ 円
（交付決定年月日 _____ 年 月 日 秋田市指令第 _____ 号）

3 活動実績

活 動 項 目	申請回数	実績回数	確 定 額	決 算 額
(1) 地域保健推進員の研修会 および定例会の実施	_____ 回	_____ 回	_____ 円	
(2) 健康診査等の周知	_____ 回	_____ 回	_____ 円	
(3) 健康教室および健康相談の 開催	_____ 回	_____ 回	_____ 円	
(4) 子育て支援活動	_____ 回	_____ 回	_____ 円	
(5) その他健康づくりに関する 活動	_____ 回	_____ 回	_____ 円	
計			_____ 円	_____ 円

4 添付書類

- (1) 活動実績書
- (2) 地域保健推進員活動歳入歳出決算書抄本
- (3) 経費の支出に係る領収書の写し