

(記載例)

様式第5号

(宛先)福岡市長

令和 8年 3月 31日

当該年度の3月31日までの日付になります。

申請者の住所

〒 810-8620

福岡市中央区天神●-●-●

法人の場合は登記の住所、
個人の場合は住民登録の住所を記載ください。

申請者の団体名及び代表者の氏名(又は氏名)

社会福祉法人 ●●●●●●
理事 ●●●●●●

代表
者印

福岡市フッ化物洗口事業補助金実績報告書

福岡市フッ化物洗口事業補助金要綱第12条の規定に基づき、下記のとおり令和 7 年度のフッ化物洗口事業の実績実績を報告します。

補助対象となったフッ素うがいの実施年度をご記入ください。

実際にフッ素うがいを実施した施設をご記入ください。複数施設を運営する法人様などは、実施施設ごとに実績報告をお願いします。

記

1 事業実施保育施設

施設名	福岡保育園
施設所在地	〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所ビル12階 TEL(711 - ●●●●)

フッ化物洗口を開始した月、終了した月を含む月数をご記入ください。
(例) 6月～翌年3月まで実施した場合は「10」を記入。

2 実績の概要

	実施月数(A)	実施児童数(B)	実施方法
4歳児クラス	9 ヶ月	52 人	週5回法
5歳児クラス	11 ヶ月	48 人	週5回法

実際にフッ化物洗口を行った児童の数を記入してください。

週1回法、週2回法、週5回法のいずれかを選択してください。

3 実績額

65,320 円 ※領収書の合計額を記入してください。

必ず領収書の合計額と合うようにご記入ください。

4 補助上限額

63,490 円 ※【計算式】(A)/12×((B)×765円) ※10円未満切り捨て

交付決定額と比較し、低い方の額を記入してください。

5 添付書類

補助対象経費にかかる領収書(裏面に貼り付けてください。)

領収書添付欄

領 収 書

「社会福祉法人 ●●●●●」
又は「●●●保育園」

御中

No.

発行日 令和7年4月20日

金額

¥61,580

(税込)

但 フッ化物洗口薬剤購入費

上記正に領収いたしました。

印 収
紙 入

内 訳
税抜金額
消費税等

●●●●株式会社
〒●●●●
福岡県福岡市●●区●●
TEL : ●●●●
FAX : ●●●●

領 収 書

「社会福祉法人 ●●●●●」
又は「●●●保育園」

御中

No.

発行日 令和7年4月24日

金額

¥3,740

(税込)

但 フッ化物洗口ディスペンサー購入費

上記正に領収いたしました。

印 収
紙 入

内 訳
税抜金額
消費税等

●●●●株式会社
〒●●●●
福岡県福岡市●●区●●
TEL : ●●●●
FAX : ●●●●

当該年度内(4月1日から翌3月31日まで)の日付のみ有効となります。

園のフッ素うがいの実施費用であるとわかる記載をお願いします。