

障害者保健福祉推進事業に係る継続事業調書

都道府県、市町村又は団体名	代 表 者 名
※法人種別(社会福祉法人等)を必ず記載すること	※職名も必ず記載すること

①事業名	(平成20年度) _____ (平成21年度) _____
②事業概要	
③平成20年度の調査研究事業の実施状況 (具体的に記載すること)	
④平成21年度においても継続して調査研究を実施する必要性及び理由 (具体的に記載すること)	
⑤国庫補助の状況	千円(平成20年度交付決定額【①】) 千円(平成20年度事業実績額【②】) 千円(平成20年度不用額【①-②】) 千円(平成21年度所要額)
⑥特記事項	

- (注) 1 原則、単年度で終了しない事業は採択しないが、特に継続して実施する必要性がある事業を行う場合に記載すること。
 2. 事業ごとに別葉とすること。