様式5-2

事業実績明細書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード（10桁）		施設名称	

【収入】

本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	

「あり」か「なし」どちらかを選択してください。

「あり」を選択された、内容と金額をご記載ください。

内容	金額（円）	備考

	合計額（円）
本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	

【支出】

科目	内容	数量	単位	単価（円）	金額（円）	納入年月日	支払年月日	備考
				1				

科目	支出済額（円）
賃金・報酬	
謝金	
会議費	
旅費	
需用費	
役務費	
委託料	
使用料及び賃借料	
備品購入費	
合計	

【支出】

科目	内容	数量	単位	単価（円）	金額（円）	納入年月日	支払年月日	備考