

様式5-1

記載例

所要額精算書\_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

報告日	令和2年12月20日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)
-----	------------	--

交付申請時と同じように記入してください。

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	〇〇歯科クリニック	
管理者職名	院長			管理者氏名	〇〇 〇〇								
連絡先	担当部署			担当者氏名			連絡先電話番号			連絡先メールアドレス			
	院長			〇〇 〇〇			03-xxxx-xxxx			〇〇〇〇@〇〇.〇〇			
所在地	郵便番号							都道府県		市区町村以降			
	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都		新宿区高田馬場〇-〇-〇		

「はい」か「いいえ」を記入してください。  
該当の補助金を申請していない場合、「はい」と記入してください。

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい	※本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。
--	----	--------------------------------------

事業実施実績

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

科目		支出済額 (円)	収入額 (円)
支出	賃金・報酬	0	
	謝金	0	
	会議費	0	
	旅費	0	
	需用費	505,000	
	役務費	0	
	委託料	300,000	
	使用料及び賃借料	0	
	備品購入費	550,000	
	②_支出合計額	1,355,000	
収入	③_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		0
④_支出合計額-収入額 (円) (②-③)			1,355,000
⑤_既交付額 (概算受入額) (円)			1,000,000
⑥_補助金所要額 (精算額) (円) (④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)			1,000,000
返還額 (精算残額) (円) (⑤-⑥)			0

「様式5-2 事業実績額明細書」の【支出】「支出済額」の金額を記入してください。各科目が一致していない場合、再提出等が必要となる可能性があります。

「様式5-2 事業実績額明細書」の【収入】「合計額」の金額を記入してください。

交付決定通知書に記載された金額をそのまま記入してください。

精算額は1000円未満切捨となります。  
また、交付申請額を超える精算はできませんのでご注意ください。

上記、「賃金・報酬」に從前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない	はい	從前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。
--	----	---