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

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

【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

【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