

様式5-2

記載例

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)	1334567890	施設名称	〇〇歯科クリニック
--------------------	------------	------	-----------

本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合、各項目に記入してください。

各科目の合計をそれぞれの「支出済額」に記入してください。各科目の金額が「様式5-1 所要額精算書」の「支出済額」と一致しているか確認してください。

【収入】

本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	なし	「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	0

【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
需用費	マスク購入費	50	箱	2,100	105,000	R2.4.10	R2.4.10	
需用費	消毒用アルコール購入費	50	箱	5,500	275,000	R2.6.14	R2.7.10	
委託料	院内清掃委託	3	回	50,000	150,000	R3.2.20	R2.4.20	10月から隔月20日に実施
需用費	防護服	5	着	5,000	25,000	R2.6.10	R2.6.10	
需用費	フェイスシールド	50	個	2,000	100,000	R2.6.10	R2.6.10	
備品購入費	HEPAフィルター付き空気清浄機購入費	1	個	400,000	400,000	R2.9.3	R2.9.3	待合室用
委託料	待合室レイアウト変更のための委託費	1	回	150,000	150,000	R2.9.3	R2.9.3	
備品購入費	動線確保のためのパーティション	3	個	50,000	150,000	R2.9.3	R2.9.3	

科目	支出済額 (円)
賃金・報酬	0
謝金	0
会議費	0
旅費	0
需用費	505,000
役員費	0
委託料	300,000
使用料及び賃借料	0
備品購入費	550,000
合計	1,355,000

「内容」や「備考」は具体的に分かりやすく記入してください。記入した「内容」や「備考」から本事業の目的である**感染拡大防止に要する費用**と判断できない場合は対象外となる可能性があります。また、「金額」や「科目」は正確に記入してください。「金額」に誤りがあると再提出等が必要となる可能性があります。「支払年月日」が令和3年4月1日以降の費用は対象外となりますのでご注意ください。