

様式4

令和2年12月20日

東京都知事 殿

所在地：東京都新宿区高田馬場〇-〇-〇
施設名称：〇〇歯科クリニック
代表者名：院長 〇〇 〇〇

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書

標記について、次の関係書類を添えて報告する。

- 1 精算額 金 1,000,000 円
- 2 所要額精算書（様式5-1）
- 3 事業実績明細書（様式5-2）

「様式5-1 所要額精算書」の「⑥_補助金所要額（精算額）」の金額を記入してください。