

# 記載例

様式第3号（第7条関係）

番 号  
令和3年 3月15日

島根県知事 様

〇〇薬局  
代表取締役

印

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）補助金の事業実績報告書

## ※交付決定通知書に記載

年 月 日付け指令医第 号 で交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

1 補助精算額（実績額） 金（例）700,000円

※原則、交付決定額と同額

2 事業実施計画 【別紙】

3 添付書類

・支出額、収入額を確認できる証拠書類（領収書、契約書の写し等）

事業計画書\_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

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

申請日	令和3年3月15日	医療機関等 コード(10桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	〇〇薬局
-----	-----------	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------

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
	事務	▲▲ ▲▲	0852-00-0000	aaa@aaa.aa.aa

交付決定額_a	(例) 700,000円	←県から交付決定を受けた金額を記入してください。
---------	--------------	--------------------------

事業費用

【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する費用】

対象期間(令和2年4月1日から令和3年3月31日)に、支出が予定されている各対象科目の費用について実績額を、ご記載ください。感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用についても、幅広く補助の対象となります。※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までにかかる費用が対象となります。

科目		支出額(円)	収入額(円)
支出	賞金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費	250,000	
	役務費		
	委託料	500,000	
	使用料及び賃借料	450,000	
	備品購入費		
b_合計支出額		1,200,000	
収入	c_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		
d_合計支出額-収入額(円)(b-c)			1,200,000
補助金交付申請額(円)(aとdのいずれか少ない額(1000円未満切捨))			700,000

左の支出額、収入額を確認できる証拠書類(領収書、契約書等)の写しを添付してください。

※原則、交付決定額と同額

上記、「賞金・報酬」に従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  いいえ

従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。