

様式10 別紙3

収入内訳書\_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)	2	4								施設名称	
--------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	------	--

本補助金以外の寄付金・ その他の収入 (円) (所要額精算書からの転記)		関係書類における収入の合計額	
--	--	----------------	--

本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。