

様式10 別紙1

所要額精算書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

| | |
|-----|--|
| 報告日 | (入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります) |
|-----|--|

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

| | | | |
|-------------------|------|-------|------------|
| 医療機関等 コード(10桁) | | 施設名称 | |
| 管理者職名 | | 管理者氏名 | |
| 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 |
| 所在地 | 郵便番号 | 都道府県 | 市区町村以降 |
| | | | |

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない

本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんので
ご注意ください。

事業実施実績

【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した費用】

| 科目 | | 支出済額(円) | 収入額(円) |
|---|-----------------------------|---------|--------|
| 支出 | 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 | | |
| | | ②_支出合計額 | |
| 収入 | ③_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入 | | |
| ④_支出合計額-収入額(円) (②-③) | | | |
| ⑤_補助金交付決定額(円) (1000円未満切捨) | | | |
| ⑥_補助金交付確定見込額(円) (④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨) | | | |
| 精算額(円) (⑤-⑥) (1000円未満切捨) | | | |

交付決定通知書を確認し、
ご記載下さい。

上記、「賃金・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

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。