

【記載例】実績報告書(別紙)

別紙

黄色セル部分に記載をお願いします

実績報告書(別紙) 令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

<令和2年度用>

提出日 令和 3 年 4 月 1 日

I. 基本情報

(1)施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を記載してください

○1-2桁目 都道府県番号:愛知県は「23」
○3桁目 点数表番号 :医科は「1」、歯科は「3」

医療機関等コード(10桁)	2 3 1	医療機関コード(7桁)		施設名称	保険医クリニック
代表者職名	院長	代表者氏名	保険医 太郎		
連絡先	担当部署 院長	担当者氏名 保険医 太郎	連絡先電話番号 052-832-1345	連絡先メールアドレス ▲▲▲@□□.□.□	
所在地	郵便番号 4 6 6 - 8 6 5 5	都道府県 愛知県	市区町村以降 名古屋市昭和区妙見町19-2		

a_交付決定額(円) 250,000

本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付して

貼付する領収書等の最後の領収書の日付、又は貼付する領収書等の支払いが適用となっている期間の最後の日

II. 報告内容 本事業により支出した内容・金額を下記の支出科目ごとに記載して下さい。

事業開始日	令和 2 年 12 月 21 日	事業終了日	令和 3 年 3 月 22 日	補助対象期間は、令和2年12月15日～令和3年3月31日です。
科目	内容	支出額(円)	収入額(円)	
賃金・報酬	なし	0	「概算交付申請」で計上した項目と、実績報告時の対象経費は、変わっていても差し障りありません。消費税込みの金額で計上します。	
謝金	なし	0		
会議費	なし	0		
旅費	なし	0		
需用費	職員用マスク、消毒用アルコール	66,000		
役務費	なし	0		
委託料	なし	0		
使用料及び賃借料	なし	0		
備品購入費	空気清浄機、エアコン	220,000		
b_合計支出額(総事業費)		286,000		
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		0	
d_合計支出額-収入額(円) (b-c)		286,000		
補助精算額(円) (a又はdのいずれか少ない額)	【1000円未満切捨】	250,000		

貼付する領収書等の最初の領収書の日付(納品日が異なる場合は納品日)、又は貼付する領収書等の支払いが適用となっている期間の最初の日

IV. 確認事項

報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は補助できませんので、ご確認ください。

「はい」/「いいえ」いずれかに「○」をつけてください。

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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療体制確保事業」等、他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外です。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「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」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないかを確認させていただきます。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはありません。