

令和 年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

千葉県在宅医療機関等における安全確保対策推進事業実績報告書

令和 年 月 日付け千葉県 指令第 号で交付決定のあった千葉県在宅医療機関等における安全確保対策推進事業について、千葉県補助金等交付規則第12条の規定により、関係書類を添えてその実績を報告します。

記

- 1 事業に要した経費及び補助金交付決定額
- (1) 補助事業に要した経費 円
- (2) 補助金交付決定額 円

(添付書類)

- (1) 事業報告書（別紙1）
- (2) 経費所要額調書（別紙2）
- (3) 補助対象事業に係る契約書等の写し
- (4) 補助対象事業に係る領収書の写し
- (5) 補助対象事業の概要を示す写真
- (6) その他知事が必要と認める書類

本件責任者及び担当者

部署名	
氏名	
電話	
電子メール	

事業報告書

1 申請者の概要

団体名	
医療機関コード	
介護保険事業所番号	
代表者氏名	
所在地	
担当部署	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

2 事業評価

(1) 事業実施後 期待される効果	
(2) 活用事例 (あれば記載)	

3 対象経費の精算額内訳

申請事業所名： _____

交付の事業内容（第 3 条関係）

事業区分	積算内訳	支出予定額 (税抜)	支出済額 (税抜)	備考
		円	円	
合 計				

- (記載注意)
- 1 支出予定額は第 1 号様式の支出予定額内訳に記載したものをいい、事業計画を変更した場合には、その承認を受けた計画に基づくものをいう。
 - 2 支出予定額と支出済額が著しく相違するときは、その理由を備考欄に記入すること。
 - 3 必要に応じて記入欄の大きさを変更したり、ページ数を増やしたりしても差し支えないが、記入欄の順序は変更しないこと。

経費所要額調書

申請事業所名： _____

1 支出済額等

(単位:円)

事業区分	対象経費 実支出額 (税抜) (A)	補助率 (B)	算定 補助額 (A×B) (C)	補助上限額 (補助基準額 ×補助率) (D)	補助金所要額 (C) (D) のいずれか 少ない額 (E)	交付決定額 (F)	補助金受入額 (E) (F) のいずれか 少ない額 (G)	差引 過不足額 (G－E) (H)
		3 分の 2		40,000				

(注 1) (A) 欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。
(注 2) 算出された額 (E) 欄に 1, 0 0 0 円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。