

別紙(1)

経費所要額精算書

補助事業者名 _____

区分		総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (A)-(B) (C)	対象経費の 実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	県費補助 基本額 (G)	県費補助 所要額 (H)	仕入れに係る 消費税等 相当額 (I)	要県費 補助額 (H)-(I) (J)	県費補助 交付決定額 (K)	県費補助 交付受入額 (L)	県費補助 △不足額(L-J) (M)
新興感染症 対応力強化 事業(協定締 結医療機関 設備整備)	簡易陰圧装置	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	検査機器 (PCR検査装 置、等温遺伝子 增幅装置)													
	簡易ベッド													
	HEPAフィルター 付き空気清浄機 (陰圧対応可能 なものに限る)													
計														

(記入要領)

- 1 「総事業費」欄には、当該事業に係る部分のみを記入すること。
- 2 「選定額」欄には、(D)と(E)を比較して少ない方の額を記入すること。
- 3 「県費補助基本額」欄には、(C)と(F)を比較して少ない方の額を記入すること。
- 4 「県費補助所要額」欄には、(G)に補助率を乗じて得た額を記入すること。
なお、1,000円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。

別紙(1)

区分		経費所要額精算書													
		総事業費 (A) 円	寄付金その他の収入額 (B) 円	差引額 (A)-(B) (C) 円	対象経費の実支出額 (D) 円	基準額 (E) 円	選定額 (F) 円	県費補助基本額 (G) 円	県費補助所要額 (H) 円	仕入れに係る消費税等相当額 (I) 円	要県費補助額 (H)-(I) (J) 円	県費補助交付決定額 (K) 円	県費補助交付受入額 (L) 円	差引過△不足額 (L)-(J) (M) 円	県費補助交付決定額 (N) 円
新興感染症対応力強化事業(協定締結医療機関設備整備)	簡易陰圧装置														
	検査機器 (PCR検査装置、等温遺伝子増幅装置)														
	簡易ベッド														
	HEPAフィルター付き空気清浄機 (陰圧対応可能なものに限る)														
計															

青色のセルに入力をお願いします。

本補助金の対象外経費がある場合、対象外経費を含めた金額を記入してください。
対象外経費がない場合は、(D)と同額を記載してください。

本補助金の対象金額を入力してください。

補助事業者名
交付申請時点で該当があつた場合のみ入力してください。

交付決定額を入力してください

団体名(開設者)・施設名を記入してください。
○法人の記載例
医療法人社団 千葉県庁会(千葉クリニック)
○個人事業主の記載例
千葉 太郎(千葉クリニック)

「基準額(E)」は、以下のとおり算出し、入力してください。
簡易陰圧装置:4,320,000円(1病床当たり)
検査機器:9,350,000円(1台当たり)
簡易ベッド:51,400円(1台当たり)
HEPAフィルター付き空気清浄機:905,000円(1医療機関あたり)

【基準額算出の例】

○2つの病床に対して簡易陰圧装置を設置する場合
→8,640,000円=4,320,000円×2病床

○検査機器2台を設置する場合
→18,700,000円=9,350,000円×2台

○簡易ベッド2台を設置する場合
→102,800円=51,400円×2台

○HEPAフィルター付き空気清浄機を設置する場合

(記入要領)

- 「総事業費」欄には、当該事業に係る部分のみを記入すること。
- 「選定額」欄には、(D)と(E)を比較して少ない方の額を記入すること。
- 「県費補助基本額」欄には、(C)と(F)を比較して少ない方の額を記入すること。
- 「県費補助所要額」欄には、(G)に補助率を乗じて得た額を記入すること。
なお、1,000円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。

別紙（2）

事 業 実 績 報 告 書

1. 施設の名称
2. 施設の所在地
3. 事業の種類
4. 設備整備の内容

新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関設備整備事業）

品 名	銘 柄	規 格	員 数	単価（税込）	金額（税込）	設 置 場 所	備 考
1. 補助対象事業分				円 0 0 0 0 0 0 0	円 0 0 0 0 0 0 0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
2. 補助対象外事業分				円 0 0 0 0 0	円 0 0 0 0 0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
合計	—	—	—	—	0	—	—

別紙（2）

事 業 実 績 報 告 書

青色のセルに入力をお願ひします。

1. 施設の名称
2. 施設の所在地
3. 事業の種類
4. 設備整備の内容

開設者の住所(法人の主たる住所や開設者様個人ご住所)ではなく、
補助を希望する施設(病院やクリニック等)の名称・所在地を記載してください。

品 名	銘 柄	規 格	員 数	単価(税込)	金額(税込)	設 置 場 所	備 考
1. 补助対象事業分				円	円		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
2. 补助対象外事業分				円	円		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
合計	—	—	—	—	0	—	—

契約書や請求書等を参考に記載してください。

別紙（2） 事 業 計 画 書							
1. 施設の名称	2. 施設の所在地	3. 事業の種類	4. 設備整備の内容	(21) 新興感染症対応力強化事業(協定締結医療機関設備整備事業)			
品 名	銘 柄	規 格	員 数	単価(税込)	金額(税込)	設 置 場 所	備 考
1. 补助対象事業分				円	円		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
2. 补助対象外事業分				円	円		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
小計	—	—	—	—	0	—	—
合計	—	—	—	—	0	—	—

事業計画書を参考に記載してください。