

別紙 1

千葉県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業支援金 事業実績報告書

医療機関等コード（10桁）		←事業実施計画に記載した10桁を記載して下さい。
施設名称		
所在地		
電話番号	(部署名：)	(担当者名：)
施設区分 (該当に○)	病院、 医科診療所、 歯科診療所、 薬局、 訪問看護ステーション、 助産所	
許可病床数 (病院のみ記載)		
①交付上限額（円）		円

支援金の支出済額の内訳等を記載してください。

科 目		支出額	用途・目的（簡潔に記載）	
支出	賃金・報酬	円		
	謝金	感染予防対策研修会	円	
		その他	円	
	会議費	円		
	旅費	円		
	需用費	個人防護具（PPE）	円	
		消毒液	円	
		修繕料（レイアウト変更）	円	
		材料費（レイアウト変更）	円	
		その他の消耗品購入	円	
		その他	円	
	役務費	保険料	円	
		その他	円	
	委託料	清掃委託	円	
		洗濯委託	円	
		その他	円	
	使用料及び賃借料	円		
	備品購入費	医療用機械	円	
		HEPAフィルター付き空気清浄機	円	
		通信機器	円	
その他備品購入		円		
② 合計支出額		0 円		
収入	③ 収入額 (上記支出に対する本支援金以外の寄付金・その他の収入)		円	
④ 合計支出額－収入額 (②－③)		0 円		
⑤ 支援金概算交付済額		円		
⑥ 支援金交付確定額 (④と⑤のいずれか小さい額) ※1,000円未満切捨		0 円		
精算額 (⑤－⑥)		0 円		

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。
(含まれていない場合は、右枠に○を記入)

<注意>

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。