

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	令和2年8月14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)	水色のセル全てに入力してください。
-----	-----------	--	-------------------

【施設名称】
標準的なモデルの事業実施計画書（様式2-1）では、医療機関等コードを入力すると、「施設名称」も自動的に表示されるよう設定されておりましたが、本様式では手入力してください。

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												

【都道府県】
医療機関等コードが入力されると自動で表示されますので、所在地と異なる都道府県が表示された場合は、医療機関等コードをご確認下さい。

医療機関等コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-----------------

【市区町村以降】
標準的なモデルの事業実施計画書（様式2-1）では、医療機関等コードを入力すると、「市区町村以降」も自動的に表示されるよう設定されておりましたが、本様式では手入力してください。

管理者職名	病院長			管理者氏名	〇〇〇〇		
-------	-----	--	--	-------	------	--	--

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		
	〇〇部			〇〇〇〇			03-xxxx-xxxx			〇〇〇〇@〇〇.〇〇		

所在地	郵便番号							都道府県		市区町村以降			
	1	2	3	-	4	5	6	7	三重県		津市広明町〇-〇-〇		

【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の有無の確認】
「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」の支援金と重複して、本事業の補助金は受けられません。

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	はい	該当する場合は、「はい」を選択して下さい。 ※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		支出金額 (円)	収入額 (円)
支出	賃金・報酬	2,000,000	
	謝金	400,000	
	会議費	500,000	
	旅費	135,500	
	需用費	2,000,000	
	役務費	3,000,000	
	委託料	3,000,000	
	使用料及び賃借料	3,000,000	
	備品購入費	4,500,000	
②_支出合計額		18,535,500	
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		100
④_支出合計額-収入額 (円) (②-③)		18,535,400	
⑤_補助金交付決定額 (円) (1000円未満切捨)		17,000,000	
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)		17,000,000	
精算額 (円) (⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0	

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	はい	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。
--	----	---