様式

令和　　年　　月　　日

秋田県知事　様

住　　所　〒

施 設 名

管理者職氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業実績報告書

補助事業が完了しましたので、秋田県財務規則第２５５条に基づき、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　交付決定の指令番号

令和　　年　　月　　日付け　　　指令医－

２　交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　※交付決定通知書に記載された交付決定額を記載してください。

３　実績額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　※「別紙 経費精算額調書」の「⑤\_実績額」の金額を記載してください。

４　差引増減額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　※「別紙 経費精算額調書」の「⑥\_差引増減額」の金額を記載してください。

５　関係書類

（１） 別紙 経費精算額調書  
（２） 領収書等支出証拠書類一式

（３） 本補助事業の実施により収入が発生した場合には、本補助金以外の寄付金・その他の収入を証明できる書類