

様式 5

栃木県医療機関・薬局等感染拡大防止等支援事業費補助金実績報告書

医療機関等コード（10桁）： _____

医療機関名： _____

1 基準額

施設類型		許可病床数 (病院のみ記載)		基準額(a)	
------	--	-------------------	--	--------	--

2 支出額

科目		支出額 (円)	収入額 (円)
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費		
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	合計支出額 (b)		
収入	上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他収入 (c)		
合計支出額 - 収入額 (円) (d=b-c)			
補助金交付申請額 (円) (aとdのいずれか少ない額) (1000円未満切捨)			