

実績報告書記載例

(実績報告書の控えを必ず保管してください。)

黄色部分は補助事業者がもれなく記載してください。

様式第5号(規則第17条関係)

令和〇年〇月〇〇日

鳥取県知事 平井 伸治 様

補助金交付申請書のとおり記載してください。(法人等で代表者が変わった場合は、代表者名のみ変更後)

住 所 〒

申請事業者 法人名又は医療機関名

代表者名

《法人経営の場合》

住 所 〒680-8570 鳥取市東町1-220

医療機関名 医療法人 久松医療会

代表者名 理事長 鳥取 太郎

《個人経営の場合》

住 所 〒680-8570 鳥取市東町1-220

医療機関名 久松東町内科クリニック

代表者名 院長 鳥取 太郎

令和5年度鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書
オンライン登録のための医療機関環境整備事業補助金実績報告書

令和〇年〇月〇〇日付第202301234567号による交付決定に係る事業の実績について、鳥取県補助金等交付規則第17条第1項の規定により、下記のとおり報告します。

記

補助金等の名称	令和5年度鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン登録のための医療機関環境整備事業補助金	
交付決定(予算額) (A)	算定基準額 (事業費)	補助金額
	◎173,500円	50,000円
実績(B)	◎195,000円	50,000円
差引(B)-(A)	◎21,500円	0円
添付書	1 事業報告書 2 収支決算書(又はそれに準ずる書類)	

算定基準額(事業費)と様式2の1収入の計と2支出の計のそれぞれ(A)(B)(B)-(A)の3か所の数字は一致すること

鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン
登録のための医療機関環境整備事業実施報告書

区 分	内 容	
1. 医療機関	医療機関名	久松東町内科クリニック
	医療機関の住所	〒680-8570 鳥取市東町1-220
	医療機関の代表者	院長 鳥取 太郎
	医療機関コード	1411234
	指定医の氏名 ※ 複数の場合は氏名 を1名のみ記載し、他○ 名とすること。	難病指定医 鳥取 太郎 小児慢性指定医 鳥取 花子
2. 補助事業の 具体的な内容	<p>パソコンの購入</p> <p>※ 領収書（又は支払ったことを証明する書類）等の写しを添付すること。 → 内容の分かるものを必ず添付してください。</p>	
4. 他の補助金 等の活用	<p>あり</p> <p>なし</p> <p>※ 「あり」の場合にはその助成額が分かる書類を添付すること。</p>	

○ 保険医療機関名を記載してください。
※ 申請時と同じ

【担当者】

所属・職名	久松東町内科クリニック 事務担当
氏 名	東町 梅子
電話番号	0857-55-1234
メールアドレス	Kyushoclinic@gmail.com

様式第2号（第4条、第7条関係）

鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン
登録のための医療機関環境整備事業収支決算書

1 収入

(単位:円)

区 分	予算額 (A)	決算額 (B)	差引額 (B) - (A)	内訳明細
本補助金	50,000	50,000	0	
自己資金	123,500	145,000	21,500	
計	Ⓐ 173,500	ⓐ 195,000	ⓐ 21,500	

様式第1号の交付決定
(予算額) (A)の補助
金の額と一致すること

様式第1号の実績(B)
の補助金の額と一致す
ること

2 支出

(単位:円)

区 分	予算額 (A)	決算額 (B)	差引額 (B) - (A)	内訳明細
備品費	173,500	195,000	21,500	
計	Ⓑ 173,500	ⓑ 195,000	Ⓒ 21,500	

(注) 1 支出の区分は、支出科目とすること。

2 収入の計と支出の計は一致すること。

→ Ⓐ・Ⓑ・Ⓒは一致、ⓐ・ⓑ・Ⓒは一致、ⓐ・Ⓑ・Ⓒは一致