

令和〇年〇月〇〇日

（あて先）

甲 府 市 長

医療機関 〇〇〇〇〇〇

住 所 〇〇〇〇〇〇

代 表 者 〇〇〇〇〇〇

甲府市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための
医療機関システム改修支援事業費補助金実績報告書

令和〇年〇月〇〇日付け子指令第〇〇号で交付決定のあった補助事業について、
甲府市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療
機関システム改修支援事業費補助金交付要綱第11の規定により、関係書類を添え
て実績を報告します。

1 実績額 金 60,000円

2 添付書類

- （1）補助金精算額調書（別紙様式4）
- （2）事業実績報告書（別紙様式5）
- （3）支出証拠書類（契約書、納品書、領収書の写し等）
- （4）領収書内訳書（別紙様式6）
- （5）システム改修事業者向け補助金申請チェックシート（別紙様式7）
- （6）振込先のわかる銀行預金通帳のページの写し

別紙様式4「補助金精算額調書」の
⑧補助所要額を記載してください。

* 交付申請時の支出予定額から変更が
なかった場合、
補助交付決定額＝実績額となります。

3 補助金振込先

振込先金融機関名：
金融機関コード（4桁）：
支 店 名 ：
支店コード（3桁）：
預 金 の 種 別 ：
口 座 番 号 ：
預金の名義（カタカナ）：

振込先をご記入ください。
確認のため、振込先のわかる銀行預金通帳の
ページの写しを添付してください。