

補助金精算額調書

医療機関名: ○○○○○○

| 種 目                                           | 総事業費<br>① | 寄付金その他の<br>収入額<br>② | 差引額<br>(①-②)<br>③ | 対象経費の<br>実支出額<br>④ | 基準額<br>⑤ | 選定額<br>⑥ | 補助率<br>⑦ | 補助所要額<br>⑧ | 既交付決定額<br>⑨ | 不用額<br>(⑩-⑨)<br>⑩ | 備考 |
|-----------------------------------------------|-----------|---------------------|-------------------|--------------------|----------|----------|----------|------------|-------------|-------------------|----|
|                                               | 円         | 円                   | 円                 | 円                  | 円        | 円        |          | 円          | 円           | 円                 |    |
| 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 | 77,000    | 0                   | 77,000            | 70,000             | 60,000   | 60,000   | 10／10    | 60,000     | 60,000      | 0                 |    |

(注)1 ④欄には、③のうち補助対象となる経費(システム改修費。詳細は要綱別表を参照。)を記入すること。(③と同額も可)  
2 ⑤欄には、病院は300,000円、診療所及び薬局は60,000円と記入すること。  
3 ⑥欄には、③欄と④欄と⑤欄を比較して少ない方の額を記入すること。  
4 ⑧欄には、⑥欄の額に⑦欄の補助率を乗じた額を記入すること。

消費税額を助成対象経費に含めないで  
申請していただいた場合は、  
税抜金額を記載してください。

お送りした交付決定通知書をご確認いただき、  
「補助交付決定額」を記載してください。