

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
法人名 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