

事業実績報告書

医療機関名: _____

1. 事業実施内容

| |
|--|
| |
|--|

2. 事業実施期間

| | |
|---------|--|
| ①事業着手日: | |
| ②事業終了日: | |

3. 積算根拠

(単位:円)

| 設備整備内容 | 区分 | 費目 | 品目及び規格 | 税込単価 | 数量 | 単位 | 事業費 (税込総額) | 整理 番号 |
|-----------------|-----------|----|---|------|----|----|---------------|----------|
| 補助 対象 | | | ①新設、増設に伴う初度設備 を購入するために必要な需 品(消耗品)及び備品購入費 | | | | 0 | |
| | | | ②個人防護具(マスク、ゴー グル、ガウン、グローブ、キャ ップ、フェイスシールド) | | | | 0 | |
| | | | ③簡易陰圧装置 | | | | 0 | |
| | | | ④簡易ベッド | | | | 0 | |
| | | | ⑤簡易診療室及び付帯する備 品 | | | | 0 | |
| | | | ⑥HEPAフィルター付き空気清 浄機(陰圧対応可能なもの) | | | | 0 | |
| | | | ⑦HEPAフィルター付きパー テーション | | | | 0 | |
| | | | ⑧消毒経費 | | | | 0 | |
| | | | ⑨救急医療を担う医療機関に おいて、疑い患者の診療に要 する備品 | | | | 0 | |
| | | | ⑩周産期医療又は小児医療 を担う医療機関において、疑 い患者に使用する保育器 | | | | 0 | |
| 小計(補助対象) | | | | | | | 0 | |
| 補助 対象 外 | | | | | | | 0 | |
| | 小計(補助対象外) | | | | | | | 0 |
| 合計(総事業費) | | | | | | | 0 | |

【留意事項】

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。

※補助対象外費目については、設備整備内容、区分、費目名称、使用用途、価格を具体的に記載すること。

※補助対象・対象外に関わらず、全ての支出の証拠となる書類(領収書等)を添付し、それぞれに整理番号を付与すること。

※行が足りない場合は適宜追加すること。