

福岡県知事 殿

第〇〇〇号  
令和〇年〇月〇日

文書の記号・番号があれば入力してください。  
なければ空欄にしてください。

所在地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎

（署名又は記名押印）

法人の場合、必ず法人名と医療機関名の両方を入力してください。

令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等  
入院医療機関等設備整備事業費補助金実績報告書

令和〇年〇月〇日付け5疾病第1号で交付決定を受けた福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金について、福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金交付要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- |   |                   |             |         |
|---|-------------------|-------------|---------|
| 1 | 補助金精算額            | 金           | 95,000円 |
| 2 | 経費所要額精算書          | （別紙（1）のとおり） |         |
| 3 | 設備整備事業精算額内訳       | （別紙（2）のとおり） |         |
| 4 | 事業実績報告書           | （別紙（3）のとおり） |         |
| 5 | 添付書類              |             |         |
|   | (1) 歳入歳出決算（見込）書抄本 |             |         |
|   | (2) 支出証拠書類の写し     |             |         |
|   | (3) その他参考書類       |             |         |

経費所要額精算書

1 所要額内訳

区分	総事業費 (A)	寄付金その他の 収入額 (B)	差引額 ((A)-(B)) (C)	対象経費の 実支出額 (D)	基準額 (E)	選定額 ((D),(E) いずれか 少ない額) (F)	補助基本額 ((C),(F) いずれか 少ない額) (G)	補助所要額 ((G)×補助率) ※千円未満切り捨て (H)	交付決定額 (I)	確定額 (J)	受入済額 (K)	差引過不足額 ((H)-(I)) (L)	備考
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
個人防護具	95,242	0	95,242	95,242	3,715,200	95,242	95,242						
合 計	95,242	0	95,242	95,242	3,715,200	95,242	95,242	95,000	95,000	95,000	0	0	

注 1 設備整備事業所要額内訳及び事業計画書については、別紙(2)及び(3)のとおり。

注 2 (H)欄は千円未満切り捨て

設備整備事業精算額内訳

1 補助上限額

(単位:円)

区分	基準額 (A)	基本情報		実績	過去の補助金による導入実績	補助上限額 (C)=(A)×(B)	
		①	②				
個人防護具	3,600 × 員数	コロナ患者入院(予定)数	患者1人あたり対応スタッフ数	別紙のとおり	別紙のとおり	3,715,200	
							許可 病床数
							30
							受入可能 病床数
							9

2 導入設備内訳

(単位:円)

区分	番号	導入設備 (商品名・規格)	単価	数量 (台,個,双)	金額	小計
個人防護具		個人防護具の別紙参照 別シート「個人防護具 別紙」に記載してください。				95,242
<b>総事業費</b>					<b>95,242</b>	

※行が不足する場合は、適宜追加すること。





## 事業実績報告書

医療法人〇〇会 △△病院

区分	番号	事業完了日	申請内容	導入効果
個人防護具	1~8	令和5年 ○月16日~ □月15日	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、段階I以上として知事が指定した期間にコロナ陽性患者の入院対応に使用する個人防護具。</p> <p>対応するスタッフがマスク、グローブ、ガウン、キャップ、フェイスシールドをそれぞれ1セットずつ使用する。</p>	<p>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、段階I以上として知事が指定した期間にコロナ陽性患者の入院対応に使用する個人防護具を購入した。</p> <p>対応するスタッフがマスク、グローブ、ガウン、キャップ、フェイスシールドをそれぞれ1セットずつ使用した。</p>

○申請書をもとに申請内容と導入効果を記載してください。※行の幅は適宜調整して使用してください。

※行が不足する場合は、適宜追加すること。

歳入歳出決算（見込）書抄本

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院  
 事業名 令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関等設備整備事業費補助金

(歳入)

費目	金額
自己資金	242
県補助金	95,000
その他	0
合計	95,242

県補助額は、対象経費から千円未満を切り捨てた金額です。  
 千円未満の経費は、自己資金による負担となります。

対象経費 - 県補助額（千円未満切捨）  
 = 自己資金額

0の場合でも、空欄にせず「0」と入力してください。

(歳出)

費目	金額	備考
設備整備事業費	95,242	
合計	95,242	

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和〇年〇月〇日

所在地 福岡県〇〇市×××1丁目2-3

事業者名 医療法人〇〇会 △△病院

代表者氏名 理事長 福岡 太郎