

# チェックリスト（交付申請時）

<ご担当者>

医療機関・薬局名		所属	
氏名		電話番号	

## 1 申請内容を再度ご確認ください。（☑ご記入ください。）

### （1）交付申請書

- 事業開始日は、最初の支払日以前となっていますか。  
また、事業完了予定日は令和3年1月31日以前となっていますか。  
事業期間は令和2年4月1日～令和3年1月31日の間とします。
- 補助金申請額は、申請額の算出内訳と一致していますか。  
算出内訳の合計額が上限額（病院 20 万円、診療所・薬局 10 万円）を超える場合は、上限額とします。（1,000 円未満は切り捨て）
- （既の実施している場合）領収書・レシート等が保管されていますか。  
実績報告時に領収書・レシート等の写しをご提出いただきます。

### （2）請求書

- 請求日は空欄となっていますか。  
交付決定日と同日の取り扱いとなります。
- 債権者登録の有無を確認しましたか。  
不明な場合はお問い合わせください。

## 2 提出書類に漏れがないかご確認ください。（☑ご記入ください。）

- 長岡市感染症拡大防止対策支援補助金（Ⅱ型）交付申請書
- 長岡市感染症拡大防止対策支援補助金（Ⅱ型）請求書
- チェックリスト（交付申請時）