

長岡市感染症拡大防止対策支援補助金（Ⅱ型）実績報告書

記入例

令和3年1月〇日

長岡市長様

報告者所在地 〒940-0084
長岡市幸町2丁目1番1号

名称 さいわいプラザ医院

代表者 院長 長岡 健康

(役職・氏名)

電話番号 0258-39-7508

印

交付決定通知書の日付と文書番号を記入してください。

令和2年10月〇日付け長健第000号で交付決定及び概算払を受けた標記補助金について、長岡市補助金等交付規則第12条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 事業の内容

事業成果	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に必要な対策を講じ、感染拡大防止に努めた。
事業期間	令和2年4月1日～令和2年12月31日
補助金実績額	金100,000円
実績額算出内訳	手指消毒液 3,000円×20本×1.1=66,000円 サージカルマスク 2,000円×10箱×1.1=22,000円 空気清浄機 50,000円×1台×1.1=55,000円 合計 143,000円
添付書類	領収書・レシート等の写し

最初の支払日～最後の支払日です。

上限額:病院 20万円、診療所・薬局 10万円
上限額未满是対象経費の合計(千円未満切り捨て)

交付申請書の記載していない品名は記入できません。
添付の領収書・レシート等と金額が一致します。

2 長岡市感染症拡大防止対策支援補助金実績報告のための誓約

- (1) 「長岡市感染症拡大防止対策支援補助金Ⅱ型申請方法について」に定める対象要件をすべて満たしています。
- (2) 実績報告を行った対象経費について、事実に相違ありません。また国や県、他自治体等が行う支援制度に申請した(または今後申請予定の)経費は対象に含んでいません。
- (3) 長岡市から検査・報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、補助金を返還します。

上記について誓約します。(□にレ点を記入してください。)