

## チェックリスト（実績報告時）

<ご担当者>

医療機関・薬局名		所属	
氏名		電話番号	

### 1 報告内容を再度ご確認ください。（ご記入ください。）

- 報告日は事業完了日（最後の支払日）から 30 日以内となっていますか。  
また、事業完了日は令和 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。
- 補助金実績額は、実績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）
- 実績額の算出内訳と交付申請の算出内訳の品名は一致していますか。  
金額が一致する必要はありません。
- 実績額の算出内訳と領収書・レシート等の金額が一致していますか。

### 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）実績報告書
- 領収書・レシート等の写し  
支払いの相手先、支払日、品名、金額がわかるもの
- チェックリスト（実績報告時）