別記第２号様式

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　 様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名　　　　　　　　）

令和４年度時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者

派遣事業費補助金の実績報告について（２月から３月分）

標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

記

１　精算額　　金　　　　　　　　円

２　事業実績報告書（別紙１、別紙２及び別紙３）

３　添付書類

（１）令和４年度歳入歳出決算（見込）書（抄本）

（２）その他参考となる書類

（別記第２号様式関係）

別紙１

事　業　実　績　報　告　書　（経 費 所 要 額 精 算 書）

（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 分 | 総事業費  (A) | 寄付金その他の収入額  (B) | 差引事業費  (A)－(B)  ＝(C) | 対象経費の支出済額  (D) | 基準額  (E) | 選定額  (F) | 補助基本額  (G) | 補助所要額  (H) |
|  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

（注）（１）D欄及びE欄は別紙２より記入すること。

（２）F欄は、D欄とE欄を比較して少ない方の額を記入すること。

（３）G欄は、C欄とF欄を比較して少ない方の額を記入すること。

（別記第２号様式関係）

別紙２

事　業　実　績　報　告　書（事 業 実 績 内 訳 書）

（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 派遣職種  （派遣会場） | 基　　準　　額 | | | 対 象 経 費 支 出 済 額 | | | | 備　　考 |
| 接種時間数 | 単　価 | 金　額 | 支出内訳 | 数量 | 単　価 | 金　額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）（１）備考欄には、必要に応じて理由、用途等参考となる事項を具体的に記入すること。

（２）項目ごとに算出根基資料の写し等を添付すること。

　　　令和４年度歳入歳出決算（見込）書抄本（関係分のみ）

（歳　入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
| （一般歳入） | 円 |  |
| 計 |  |

（歳　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　　目 | 決　　算　　額 | 備　　　考 |
|  | 円 |  |
| 計 |  |

　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の長

別記第３号様式

請　　　求　　　書

金　　　　　　　　　　円

　これは、令和４年度時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業費補助金として、上記のとおり請求します。（２月から３月分）

　　　　　　　年　　月　　日

　　　山口県知事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金  融  機  関 | 銀行　　　　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支所  　　　　　　　　　信用金庫・組合　　　　　　　　出張所 | |
| 種　　類 | １　普通　　２当座　　３　別段預金 |
| 口座番号 |  |
| 所 在 地 |  |
| 口座名義人  （カタカナ） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担　当　部　署 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

別記第４号様式

　　　　年　　月　　日

山口県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　 　　　令和４年度時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業費補助金に係る消費税仕入控除税額の報告について（２月から３月分）

　　年　　月　　日付け指令　　　　第　　　号で交付を受けました補助金にかかる消費税仕入控除税額について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助金の額の確定額（又は事業実績報告額）

金　　　　　　　　　　円

２　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）

金　　　　　　　　　　円

３　２の金額の算定資料

別添のとおり