様式第３号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月 　日

外来対応医療機関設備整備事業費補助金実績報告書

（宛先）

滋賀県知事

（申請者）　　　住所

　 　 　　　医療機関名

申請者名（法人にあっては、その名称および代表者の氏名）

（発行責任者）　氏名

（担当者）　　　氏名

（連絡先）　　　電話番号

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定通知のあった令和５年度における外来対応医療機関設備整備事業費補助金について、滋賀県補助金等交付規則第１２条の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

（関係書類）

　１．経費所要額精算書　（別紙１）

　２．事業実績報告書　　（別紙２）

　３．歳入歳出決算書の抄本

　４．契約書の写し、納品書の写し

　５．その他参考となる資料