様式第３号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月 　日

外来対応医療機関確保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確保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

様式第４号　　　　　　　　　　　　　　　　　　番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

消費税等仕入れ控除税額報告書

（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確保事業費補助金にかかる消費税仕入控除税額について、交付要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

１．　　年　　月　　日付け　　　第　　号による補助金の額の確定通知額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

注　２の金額の積算の内訳等参考となる書類を添付のこと