

(様式4)

第 号
令和2年12月28日

購入が完了した日から
1ヶ月(30日)以内の日付で
提出

山梨県知事 殿

所在地 ○○市○○2-2

団体名 医療法人○○会

○○病院

代表者名 院長 ○○○○ 印

令和2年度外国人患者受入体制整備推進事業費補助金事業実績報告書

必ず押印してくださ
い

令和 年 月 日付け医第 号で交付決定のあった外国人患者受入体制整備
推進事業費補助金の対象事業を完了したので、外国人患者受入体制整備推進事業費補助金
交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて報告します。

1 補助金精算額 金 70,000円

2 経費所要額精算書(様式4の1)

3 事業実績報告書(様式4の2)

4 添付書類

(1) 歳入歳出決算書

(2) その他参考となるべき資料

5 支払いの方法

口座振替 振替先銀行名 山梨○○銀行 支店名 ○○支店

預金種別(当座・**普通**)

口座番号 1 2 3 4 5 6

口座名 ○○病院 院長 ○○ ○○

(フリガナ) □□□ □□□□

様式4の1(D)の金
額を記入

必ず振込口座情報を
記入してください

(様式4の1)

経費所要額精算書

(補助事業者名 ○○病院)
(単位：円)

対象経費の実支出額 (A)	基準額 (B)	選定額 (C)	県補助所要額 (D)	備考
140,120 病院 400,000 診療所 200,000	400,000 交付要綱別表3欄の 基準額を記入	140,120 (A)と(B)を比べ て低い方の金額を記 入	70,000 (C)に1/2を乗じ た金額を記入 千円未満は切り捨て	

- (注) 1 「対象経費の実支出額 (A)」欄には、当該事業に係る対象経費の合計額を記入すること。
2 「基準額 (B)」欄には、別表第3欄に規定する基準額を記入すること。
3 「選定額 (C)」欄には、(A)と(B)を比較して少ない方の額を記入すること。
4 「県補助所要額 (D)」欄には、(C)欄の額に2分の1を乗じた額を記入すること。ただし、その額に1,000円未満の端数がある場合には、これを切り捨てるものとする。

(様式4の2)

事業実績報告書

1 事業の名称

外国人患者受入体制整備推進事業費補助金

2 事業の目的

外国人患者受入体制整備のため

3 整備の内容

○購入機器（機種）： ○pad

製品名等を記入

○設置場所： 受付

設置する場所を
なるべく具体的

○対応する言語： 英語、中国語、韓国語他

購入機器の対応
言語を記入（多
数ある場合は
『他』と記載）

○整備費内訳

税込単価を記入

(単位：円)

費目	数量	単価	金額	備考
タブレット購入費	1	140,120	140,120	
合計		140,120	140,120	

(参考様式)

令和2年度外国人患者受入体制整備推進事業

歳入歳出精算書 (抄本)

実績報告の際はこちらを使用 (『予算書』ではないことに注意)

1 収入の部

(単位:円)

項	金額	備考
県補助金	70,000	
自己資金	〇〇〇 70,120	
合計	140,120	

県補助額 (様式4-1 (D)) を超える金額は自己資金

2 支出の部

(単位:円)

項目	金額	備考
タブレット端末購入費	140,120	
合計	140,120	

1 収入の部の合計と一致すること

この抄本は、決算書の原本と相違ないことを証します。

令和2年12月28日

(補助事業者名) 〇〇病院

院長 〇〇〇

印

必ず押印してください