

第 456 号

令和3年2月10日

福井県知事 杉本 達治 様

(所在地) 福井市大手3丁目17番1号
(医療機関名) 福井県薬局
(医療機関コード) 1841234567
(役職・代表者名) ●●薬局株式会社 印
代表取締役 福井 太郎

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業完了実績報告書

令和2年 月 日付け福井県指令地医第 号で補助金等の交付決定を受けた令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業が完了したので、福井県補助金等交付規則第12条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり報告します。

交付決定額	700,000 円
精 算 額	0 円

(添付書類)

- 1 (様式第6号) 所要額精算書
- 2 (様式第7号) 収入内訳書
- 3 その他関係書類
 - ・契約書の写し
 - ・請求書の写し (内訳含む)
 - ・領収書の写し (内訳含む)
 - ・設備等の写真
 - ・図面 等

様式 6

所要額精算書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

報告日	2021/2/10
------------	-----------

(入力形式) 西暦4桁 / 月 / 日 半角、スラッシュ区切り

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「999999999」を入力してください

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7
施設名称	福井県薬局									

管理者職名	●●薬局株式会社	管理者氏名	代表取締役 福井 太郎
--------------	----------	--------------	-------------

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
	総務	福井 花子	0776-21-1111
	連絡先メールアドレス		
fukuishinryou@pref.fukui.lg.jp			

所在地	郵便番号							
	9	1	0	-	8	5	8	0
	住所							
福井市大手3丁目17-1								

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	はい
--	----

本事業と上記事業の補助は、重複して受けられませんのでご注意ください。

事業実施実績

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

科目		支出済額（円）	収入額（円）
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費	400,000	
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費	350,000	
	②_支出合計額	750,000	
収入	③_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		0
④_支出合計額-収入額（円）（②-③）		750,000	
⑤_補助金交付決定額（円） （1000円未満切捨）		700,000	
⑥_補助金交付確定額（円）（④と⑤のいずれか小さい額） （1000円未満切捨）		700,000	
精算額（円）（⑤-⑥） （1000円未満切捨）		0	

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。

【賃金・報酬】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

賃金・報酬の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	
---------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【賃金・報酬】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【謝金】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード（10桁）	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

謝金の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）	
-----------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【謝金】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【会議費】 領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

会議費の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	
-------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【会議費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【旅費】 領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

旅費の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	
------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【旅費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【需用費】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
需用費の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	400,000											

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【需用費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【役務費】 領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード（10桁）	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

役務費の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）	
------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【役務費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【委託料】 領収書等貼付用紙 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード（10桁）	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

委託料の支出済額（円） （所要額精算書からの転記）	
------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【委託料】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【使用料及び賃借料】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

使用料及び賃借料の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	
------------------------------------	--

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した賃金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【使用料及び賃借料】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

【備品購入費】領収書等貼付用紙_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	福井県薬局
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	-------

備品購入費の支出済額 (円) (所要額精算書からの転記)	350,000
---------------------------------	---------

本用紙を印刷していただき、対象期間（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に、支出した貸金・報酬の額がわかる書類（領収書等）の写しを貼付してください。
領収書等に他の対象経費を含む場合、【備品購入費】に該当する部分にマーカーするなど、対象経費を明確にしてください。

様式7

収入内訳書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業												
医療機関等 コード(10桁)	1	8	4	1	2	3	4	5	6	7	施設名称	
本補助金以外の寄付金・ その他の収入(円) (所要額精算書からの転記)						0					関係書類における収入の合計額	福井県薬局

本事業対象経費に対して本補助金以外の寄付金・その他の収入がある場合は、その内容と金額が判る関係書類の写しを貼付してください。