

施設別実績報告書

法人名	
施設名	(住所：)

番号	検査を受けた方					検査費用						補助金の算定		*検査費用B欄 「その他経費」の 内容を記載してく ださい。
	区分	氏名	生年月日	対象者	入所予定日 ※区分欄の②を 選んだ場合は入 力	検査年月日	検査実施機関名	検査種別 (PCR検査又は 抗原定量検査)	検査料金(円) A	その他経費 (円) B	合計(円) (A+B) C	補助限度額(円) D	補助金申請額(円) (CとDの低い方) E	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
												合 計	0	

注1 この様式は、施設ごとに作成してください。

注2 区分欄は「①行政検査による自己負担額」、「②施設入所前のPCR検査等」のいずれか該当するものを入力してください。

注3 「補助限度額」D欄については、行政検査による自己負担額の場合は2,100円、任意検査のPCR検査の場合は20,000円、任意検査の抗原定量検査の場合は7,500円となります。

注4 「補助金申請額」E欄の合計が、様式第1号の補助金交付申請額と一致していることを確認してください。