様式第２号（別表第２関係）

在宅医療推進設備整備費補助金（所要額・精算額）調書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・訪問看護ステーション名 |  |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 区　分 | 総事業費  （Ａ） | 補助対象経費  （Ｂ） | 基準額  （Ｃ） | 選定額  （Ｄ） | 補助率  （Ｅ） | 県補助金  （Ｆ） |
| 在宅医療推進設備整備費補助金 | 要綱第２(１)に掲げる医療機関 |  |  | 2,000,000 |  | 1/2 |  |
| 要綱第２(２)に掲げる訪問看護ステーション |  |  | 1,000,000 |  | 1/2 |  |

（注）※１　（Ｄ）の「選定額」の欄は、（Ｂ）と（Ｃ）を比較し少ない方の額を記載してください。

※２　（Ｆ）の「県補助金」の欄は、（Ｄ）の選定額に（Ｅ）の補助率を乗じて得た額（千円未満切り捨て）を記載してください。