様式第７号（第10条関係）

年　月　日

　　十日町市長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　㊞

十日町市医学生研修受入促進支援事業補助金実績報告書兼請求書

　　　　年　月　日付け　　第　　号で補助金の交付決定通知があった事業が完了したので、十日町市医学生研修受入促進支援事業補助金交付要綱第10条の規定により、関係書類等を添えて提出します。

　　また、併せて補助金　　　　　　　円の交付を請求します。

記

１　補助金交付決定額、補助対象経費実績額及び補助金請求額

　　補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　円

　　補助対象経費実績額　　　　　　　　　　　円

補助金請求額　　　　　　　　　　　　　　円

２　事業実績　　　　　　別紙のとおり

３　補助対象事業完了年月日　　　　　　　　年　　月　　日

４　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 | 支店名 |  |
| 口座種別 | 　　1　普通　　　　2　当座 |
| 口座番号 | 　 |
| 口座名義人 | フリガナ |
| 　 |

（添付書類）

　（１）別紙 事業実績報告書

別　紙

十日町市医学生研修受入促進支援事業補助金実績報告書

１　申請者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |

２　補助対象事業の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修の概要 | 期　間 | 実施医療機関 | 実施内容 |
| 年　月　日～　　年　月　日（延　　日間） |  |  |

３　経費内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 補助対象経費額 | 補助金交付申請額 | 算出根拠 |
| 研修費補助 |  |  | 研修等日数　　　日　×　1,000円 |
| 宿泊費補助 |  |  | 対象経費　　　　日　×　　 　円申請額　　　　　日　×　3,000円 |

※宿泊費補助については、実績報告時に支払いの証明できるもの（領収書等）が必要。

※申請者以外が負担した経費については補助対象経費から除外すること。

４　研修先確認欄

　　上記内容のとおり研修を実施したことを証明する。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 役職及び代表者名　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住　　所 |  |
| 連 絡 先 |  |