（別紙５）

病床転換促進事業経費所要額精算書（施設・設備の改修又は新増改築）

設置者名

医療機関名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費  （Ａ）  円 | 寄付金その他  の収入額  （Ｂ）  円 | 事業に必要  な経費  （Ａ－Ｂ）  （Ｃ）  円 | 補助対象事業費  （Ｄ）  円 | 基準額  （Ｅ）  円 | 選定額  （ＤとＥを比較して少ない方の額）  （Ｆ）  円 | 補助額  （ＣとＦを比較して少ない方の額）×１／２  （Ｇ）  円 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　事業計画書（別紙６・別紙６-２）を添付すること。

（別紙５）

病床転換促進事業経費所要額精算書（転換準備経費）

設置者名

医療機関名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費  （Ａ）  円 | 寄付金その他  の収入額  （Ｂ）  円 | 事業に必要  な経費  （Ａ－Ｂ）  （Ｃ）  円 | 補助対象事業費  （Ｄ）  円 | 基準額  （Ｅ）  円 | 選定額  （ＤとＥを比較して少ない方の額）  （Ｆ）  円 | 補助額  （ＣとＦを比較して少ない方の額）×１／２  （Ｇ）  円 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　事業計画書（６-３）を添付すること。