

実績内訳書

リスト選択「PCR」、「抗原定量」、「抗原定性」

検査種類に連動して自動入力
PCR:20,000円、抗原:7,500円
(単位:円)

検査受検者名	検査受検者住所	入居（利用）予定日/利用開始日	検査種類	検体採取日	検査結果判明日	検査経費支出額①	補助上限額②	補助対象額③						
1 大田 一郎	大田区蒲田〇-〇-〇	令和5年4月5日	PCR	令和5年4月1日	令和5年4月3日	22,000	20,000	20,000						
2 大田 花子	大田区蒲田〇-〇-〇	令和5年4月9日	抗原定量	令和5年4月3日	令和5年4月4日	5,500	7,500	5,500						
3 大田 次郎	大田区蒲田〇-〇-〇	令和5年4月10日	抗原定性	令和5年4月4日	令和5年4月4日	6,600	7,500	6,600						
4	検査受検者住所 新規入居者、利用者の方は大田区の住所を介護保険被保険者証等を確認の上記載してください。	入居（利用）予定日/利用開始日 施設に新規入居される方は入居予定日、短期入所を利用される方は利用（予定）開始日、すでに施設を利用されている方は、利用開始日を記載してください。	検査種類 PCR検査、抗原定量検査、抗原定性検査のいずれかをリストから選択してください。	検体採取日 令和5年4月1日から令和5年6月30日までが対象です。	検査結果判明日 令和5年4月1日から令和5年6月30日までが対象です。	検査経費支出額① 税込金額を記載してください。	補助対象額③ ①と②を比較して、低い額を記載してください。	#N/A						
5								#N/A						
6								#N/A						
7								#N/A						
8								#N/A						
9								#N/A						
10								#N/A						
合計														32,100

※③は①と②の額を比較して低い額を記載すること。
 ※③の合計額は、補助金交付申請書の申請額と同額とすること。
 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。