

第4号様式

番 号  
令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

施設名  
施設所在地  
開設者住所  
開設者職氏名

令和 年度神奈川県ドナーミルク利用支援事業補助金に係る実績報告書  
(ドナーミルク使用施設支援事業)

標記補助金について、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

1 補助金精算額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業実績報告書(第4号様式別紙1)
- (2) 経費所要額精算書(第4号様式別紙2)
- (3) 歳入歳出決算書抄本(当該補助事業の支出額が記載されているもの)
- (4) その他参考となる書類

( 責任者氏名 連絡先 )  
( 担当者氏名 連絡先 )

第4号様式別紙1

令和 年度ドナーミルク使用施設支援事業実績報告書

施設名 \_\_\_\_\_

1 ドナーミルク使用施設登録状況について

契約団体	契約開始時期
一般社団法人日本母乳バンク協会 ・ 一般財団法人日本財団母乳バンク	令和 年 月 日から

(注意) 契約状況がわかる資料を添付すること。

2 ドナーミルク使用実績

会員種別	会費支払額
	円

(注意) 支払実績が分かる資料を添付すること。

記入者情報

担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

第4号様式別紙2

令和 年度ドナーミルク使用施設支援事業 経費所要額精算書

(施設名 )

経費	(A) 実績額	(B) 寄付金及び その他の収入 額	(C) 差引事業費  (A)-(B)	(D) 交付決定額	(E) 選定額	(F) 補助率	(G) 補助金精算額	備考
単位	円	円	円	円	円		円	
ドナーミルク使用施設支援						10/10		
合計						10/10		

記入要領

- 1 (E)選定額には、(C)、(D)を比較していずれか少ない額を記載すること
- 2 (G)補助金精算額には、(E)選定額に(F)補助率を乗じた額を記入すること
- 3 (G)補助金精算額の算定に当たり、1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額を記入すること
- 4 第4号様式の「補助金精算額」には、(G)補助金精算額を記載すること