（別　紙）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO.

**京丹後市福祉施設等抗原定性検査キット購入実績報告書**

　　法人名

＜購入内容＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | 製品名等 | 検査キット購入日 | ①　購入金額 | ②　合計購入金額 | ③　申請額 |
| 1 |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 2 |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 3 |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 4 |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 | * 千円未満切捨て
 |

※１　別で添付する補助対象経費の支払を証する書類（領収書の写し等）に対応する内容について記載してください。なお、明細が不明な場合は、見積書・請求書等の写しも添付してください。

※２　領収書等で厚生労働省が承認した医療用の抗原定性検査キットであることが不明な場合は、確認できる書類を添付してください。

※３　申請額は、合計購入金額に３分の２を乗じて得た額と２５万円（※同一年度において補助金交付を受けている場合はその分を差し引いた金額）と比較して、少ない方の額を記載してください。