

千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金
経 費 所 要 額 調 書

(補助事業者名)								
施設の名称	基準額	対象経費の 支出予定額	(A)と(B)を比較し て少ない方の額	総事業費	寄付金 その他の 収入額	差引事業費 (D)－(E)	選定額	県補助 所要額
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
医療法人社団〇〇会 〇〇クリニック	200,000円	250,000円	200,000円	250,000円	0円	250,000円	200,000円	200,000円

- (注) 1 総事業費(D)欄には、当該事業に係る部分のみ記入すること。
 2 選定額(G)欄には、(C)欄と(F)欄とを比較していずれか少ない方の額を記入すること。
 3 県補助所要額(H)欄には、(G)欄の額に補助率を掛け、千円未満の端数を切り捨てた額を記入すること。
 4 (B)欄、(D)欄、(H)欄に記入する金額は、交付申請書(第1号様式)及び事業計画書(第1号様式別紙1)に記入する金額と一致するものを記入すること。