様式第６号（第１０条関係）

　　年　月　日

福 山 市 長　様

住　　　所

指定医療機関名

代表者氏名

　　　　年度福山市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療機関システム改修等事業補助金実績報告書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　精算額 　　　　金 　　　　　　　　　　円

２　経費所要額精算書（別紙（１）のとおり）

３　事業実施報告書（別紙（２）のとおり）

４　添付書類

（１）領収書等の写し

（２）領収書内訳書

（３）システム改修事業者向け補助金申請チェックシート

（４）その他参考となる資料