様式第５号

令和　　年度女性医師等就労支援事業費補助金事業実績報告書

第　　　　　 　　号

令和　　年　　月　　日

　（　あ　て　先　）

　　　　埼　玉　県　知　事

　　　　　　　　　　 補助事業者 所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　令和　　年　　月　　日付け医人第　　　　号で補助金の交付決定の通知を受けた令和　　年度女性医師等就労支援事業が完了したので、補助金等の交付手続等に関する規則第１３条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり報告します。

記

１　事業区分及び施設の名称

２　補助金精算額　　金 円

３ 所要額精算書　　　（別紙４）

４　支出済額内訳書　　（別紙５）

５　事業実施状況報告書（別紙６）

６　添付資料

（１）当該事業に係る歳入歳出決算書の抄本（見込み）（当該補助事業の決算額を備考欄に記入すること。）

（２）その他参考となる資料