

令和 年 月 日

広島市歯科医師会長 様

## 歯科診療所における口腔外バキューム整備促進助成金実績報告書兼請求書

標記について、次により報告します。

## 申請者等

歯科診療所名		交付決定番号	
所在地	〒 広島市		
申請者氏名 ※法人の場合は、 法人名及び代表者氏名			
連絡先	担当者氏名	電話番号	メールアドレス

(注意事項)・購入した口腔外バキュームの製品名や支出額等を記載してください。  
・納品書及び領収証書の写しを添付してください。

## 対象経費

購入・設置日	製造者名及び製品名、購入台数	支出額(円)(税込)		
		購入費	設置費	計
支出額の4/5(円) ※1,000円未満切捨				
交付請求額(円)(支出額の4/5と限度額50万円のいずれか少ない額)				

## 国や広島県などの補助金・負担金・交付金等の申請の有無

上記装置について、本助成金以外の補助金・負担金・交付金等の給付又は申請(予定を含む)の有無	有 無	いずれか該当する方に○を付けてください。
---	-----	----------------------