

神奈川県薬剤師会長 殿

薬局名 サンプル薬局
所在地 _____
代表者氏名 _____

令和2年度 薬局における薬剤交付支援事業委託費（間接補助金）交付申請書

標記について、別添のとおり事業を実施したので次により補助金の交付を申請する。

1. 補助金申請額 10,408 円

《内訳》

期間	申請内容					合計
		CoV持参	CoV配送	0410持参	0410配送	
4/30	件数					-
	申請額					-
5/1~5/31	件数	1		1	5	7
	申請額	300		100	2,846	3,246
6/1~6/30	件数				5	5
	申請額				2,882	2,882
7/1~7/31	件数	2			2	4
	申請額	600			674	1,274
8/1~8/31	件数			1	4	5
	申請額			100	1,832	1,932
9/1~9/30	件数				2	2
	申請額				674	674
10/1~10/31	件数			1		1
	申請額			100		100
11/1~11/30	件数	1				1
	申請額	300				300
12/1~12/31	件数					-
	申請額					-
1/1~1/31	件数					-
	申請額					-
2/1~2/28	件数					-
	申請額					-
合計	件数	4	-	3	18	25
	申請額	1,200	-	300	8,908	10,408

2. 薬局従事者が持参した場合の補助金額変更（300円→500円）分差額計算

	CoV持参		0410持参		差額合計
件数	4		3		
修正申請額	2,000		900		
差額	800		600		1,400

※補助金申請額（修正済み） 11,808 円