佐賀県糖尿病協会長　様

友の会名

代表者名

会計担当者名

**友の会活動支援事業費に対する経費処理報告書**

活動費補助金額；　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目名 | 摘　　　　　要 | 支出額（円） | 領収書番号 |
| 旅費交通費 |  |  |  |
| 会議費　 |  |  |  |
| 謝　金 |  |  |  |
| 通信運搬費 |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支出合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

**上記のとおり支出いたしました**

**提出日；　　　　年　　月　　日**

**会計責任者署名；**

**※領収書（コピー可）を別紙に添付いたします。**

記載例

佐賀県糖尿病協会長　様

友の会名　　○○会

代表者名　　佐　賀　　花　子

会計担当者名　　　　協会　太郎

**友の会活動支援事業費に対する経費処理報告書**

活動費補助金額；　　　　***１５，０００***　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目名 | 摘　　　　　要 | 支出額（円） | 領収書番号 |
| 旅費交通費 | **当日タクシー代（往復）** | **２，３００** | **①** |
| 会議費　 |  |  |  |
| 謝　金 | **講師謝金（１名）** | **５，０００** | **③** |
| 通信運搬費 | **郵送代** | **８２０** | **②** |
| 消耗品費 | **コピー用紙、イベント名札、文具など** | **５，２００** | **④、⑤、⑥** |
| **食費** | **患者用補食** | **１，２６０** | **⑦～⑨** |
| **保険料** | **レクレーション保険（６名）** | **４８０** | **⑩** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支出合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　***１５，０６０***　　　円 |

**上記のとおり支出いたしました。**

**提出日；　2022年　3　月　1　日**

**会計責任者署名；　　　　協　会　太　郎**

**※領収書（コピー可）を添付いたします。**

領収書貼付

※領収書には通し番号を付し報告書へ記載すること