（様式１）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　印

平成　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名　　　　　喀痰吸引等研修実施体制強化事業

２　交付申請額　　　　　金○，○○○，○○○円

３　補助金所要額調書　　（様式２）

４　事業計画書　　　　　（様式３）

５　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本

（当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。）

　　(2) 役員等氏名一覧表（様式１　付表）

※交付申請者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) その他参考となる資料（別に定める様式等）

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

（様式１　付表）

役員等氏名一覧表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 | 氏名のカナ | 生年月日(大正T、昭和S、平成H) | 性別(男・女) | 住　所 |
| 代表者 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　記載された全ての者は、代表者または役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

注 (1) 補助事業者が個人の場合、申請者について記載

(2) 補助事業者が法人の場合、代表者およびすべての役員について記載

(3) 補助事業者が法人格を持たない団体の場合、当該団体の代表者について記載

（様式４）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金変更交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名　喀痰吸引等研修実施体制強化事業

２　変更交付申請額　金○○○，○○○，○○○円

　　　（前回交付申請額　金○○○，○○○，○○○円）

　３　所要額調書　　（様式２）

４　事業計画書　　（様式３）

５　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本

（当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。）

(2) その他参考となる資料（別に定める様式等）

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

（様式５）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金事業変更（中止、廃止）承認申請書

 平成○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった喀痰吸引等研修実施体制強化事業に係る補助事業について、次のとおり事業変更（中止、廃止）し、承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　内　容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
|  |  |  |

２　変更（中止、廃止）の理由

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

（様式６）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業実施状況報告書

　平成○○年○○月○○日付けで交付決定があった標記補助金につきまして、神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付要綱第９条に基づき、平成○○年○○月○○日現在の補助事業の遂行状況について報告します。

　１　事業名　○○○○○○○○事業

　２　補助事業の執行状況

着手

　　　　完了

　３　補助事業経費の執行状況

　交付決定額

　　　　精算見込額

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

注：支出の根拠としない場合には押印不要

（様式７）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

　神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金事業実績報告書

 平成○○年○○月○○日付けで交付決定があった標記補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　補助事業名　　　　　喀痰吸引等研修実施体制強化事業

２　補助金精算額調書　　（様式８）

３　事業実績報告書　　　（様式９）

４　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出決算（見込み）書の抄本

（当該補助事業に係る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（別に定める様式等）

　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

（様式10）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　印

平成　　年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費に係る

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

平成○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定を受けた喀痰吸引等研修実施体制強化事業に係る補助金の消費税及び地方消費税仕入控除税に係る仕入控除税額について、次のとおり報告します。

１　補助金の額の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　円

２　消費税の申告の有無（どちらかを選択）　　　　　　　　有　　　・　　　無

（２で「無」を選択の場合は以下不要）

３　仕入控除税額の計算方法（どちらかを選択）　　　　　　一般課税　・ 簡易課税

（３で「簡易課税」を選択の場合は以下不要）

４　補助金の額の確定時に減額した消費税仕入控除税額　　　金　　　　　　　円

５　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額　　　　金　　　　　　　円

６　補助金返還相当額（５から４の額を差し引いた額）　　　金　　　　　　　円

７　添付書類

(1) ３で一般課税に該当する場合、当該補助金に係る「消費税仕入控除税額の積算内訳」

(2) ３で一般課税に該当する場合、税務署に提出した際の「消費税の確定申告書（控）の表紙」及び「付表２　課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し

(3) その他参考となる書類（別に定める様式等）

（注）補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

補助金名　神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金

補助金等振込口座について

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 法人名等 |  |
| フリガナ |  |
| 法人等代表者名 | 役職 |  | 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| フリガナ |  |
| 金融機関 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※口座名義人が代表者以外の場合、「委任状（法人印押印有）」を添付の上、提出してください。