（様式１）

年 月 日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金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　　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

２　交付申請額　　金 ○○○，○○○，○○○ 円

３　所要額調書　　（別に定める様式のとおり）

４　事業計画書　　（別に定める様式のとおり）

５　所要額明細書　（別に定める様式のとおり）

６　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）

※補助事業者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) 見積書　※設備導入等資産形成経費を申請する場合。

(4) 契約書（案）及び契約金額の算出基礎となる資料

　　※委託を予定している場合。

(5) その他参考となる資料

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　年　　月　　日現在

記載された全ての者は、申請者、代表者又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。

法人（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、代表者及び全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２）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金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　　　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

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　　（別に定める様式のとおり）

４　事業計画書　　（別に定める様式のとおり）

５　所要額明細書　（別に定める様式のとおり）

６　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)

　　　　※補助事業者が地本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

問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

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

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

（様式３）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

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

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった○○○○○○○○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４）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金事業実施状況報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった標記補助金について、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８条に基づき、○○年○○月○○日現在の補助事業の実施状況について報告します。

　１　事業名　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

　２　補助事業の執行状況

　３　補助事業経費の執行状況

　　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５）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金事業実績報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号により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　　　　　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

２　経費精算額調書　　（別に定める様式のとおり）

３　事業実績報告書　　（別に定める様式のとおり）

４　事業実績額明細書　（別に定める様式のとおり）

５　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（導入機器等の納品書及び写真、研修実施結果等）

　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

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

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

（様式６）

年　月　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　郵　便　番　号

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施　設　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　印

○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金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

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった○○○○○○○○事業に係る補助金について、交付決定通知書により付された条件に基づき、次のとおり報告します。

１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又は事業実績報告額　金○○○，○○○，○○○円

２　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額

　　金○○○，○○○円

３　添付書類

(1) 別紙概要

(2) 確定申告の写し

(3) その他参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

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

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