（様式１）

文　書　番　号

○○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

令和〇〇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　　　　　外国人留学生等介護分野参入促進事業

　　　　　　　　　　　　（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）

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）

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

【本件責任者及び担当者】

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

（様式１　付表）

**役員等氏名一覧表**

**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

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

○○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

令和〇〇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　　　　　外国人留学生等介護分野参入促進事業

　　　　　　　　　　　　（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）

２　変更交付申請額　金○○○，○○○，○○○円

　　　（前回交付申請額　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) その他参考となる資料（別に定める様式等）

【本件責任者及び担当者】

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

（様式５）

文　書　番　号

○○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

令和〇〇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

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった外国人留学生等介護分野参入促進事業（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）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

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

【本件責任者及び担当者】

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

（様式６）

文　書　番　号

○○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

令和〇〇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

　○○年○○月○○日に依頼のありました標記補助金のうち、○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった外国人留学生等介護分野参入促進事業（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）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、○○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　補助事業名　　　　　外国人留学生等介護分野参入促進事業

　　　　　　　　　　　　（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）

　２　補助事業の執行状況

着手　　○○年○○月○○日

　　　　完了　　○○年○○月○○日

　３　補助事業経費の執行状況

　交付決定額

　　　　精算見込額

【本件責任者及び担当者】

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

（様式７）

文　書　番　号

○○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

令和〇〇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

○○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　　　　　外国人留学生等介護分野参入促進事業

　　　　　　　　　　　　（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）

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）

【本件責任者及び担当者】

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

（様式10）

文　書　番　号

○○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

　　令和○○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

○○年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定を受けた外国人留学生等介護分野参入促進事業（外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業費補助）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。

【本件責任者及び担当者】

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*