（第１号様式）

文　書　番　号

○○年○○月○○日

令和○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金交付申請書

　神奈川県知事　殿

申請者　住　　所

郵便番号

法人（団体）名

ふりがな

代表者氏名

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　精神科病院処遇改善設備支援事業

２　補助事業等の着手及び完了の予定期日

３　交付申請額

４　所要額調書　　（別に定める様式のとおり）

５　事業計画書　　（別に定める様式のとおり）

６　所要額明細書　（別に定める様式のとおり）

７　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（第１号様式付表）

※補助事業者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) 設置費用全額が確認できる見積書

(4) カメラ設置場所に係る病棟の図面等資料

(5) 個人情報保護に関する誓約書

(6) 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○○○○＠○○○○

（第１号様式付表）

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

（第２号様式）

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○年度精神科病院処遇改善設備支援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　精神科病院処遇改善設備支援事業

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) 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○○○○＠○○○○

（第３号様式）

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○年度精神科病院処遇改善設備支援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精神科病院処遇改善設備設置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○○○○＠○○○○

（第４号様式）

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○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金事業実施状況報告書

○○年○○月○○日付け○第○○○号で交付決定を受けた標記補助金に係る補助事業の○○年○○月○○日現在の実施状況を、次のとおり報告します。

　１　補助事業の執行状況

　２　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○○○○＠○○○○

（第５号様式）

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○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金事業実績報告書

○○年○○月○○日付けで交付決定を受けた標記補助金に係る補助事業の実績を、次のとおり報告します。

１　補助事業名　精神科病院処遇改善設備支援事業

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

　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

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

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

（第６号様式）

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○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金の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○○○号で交付決定を受けた標記補助金に係る消費税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

（注）１　別紙として積算の内訳を添付すること。

２　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○○○○＠○○○○