

第1号様式

番 号
令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

施設名
施設所在地
開設者住所
開設者職氏名

令和 年度神奈川県ドナーミルク利用支援事業補助金に係る交付申請書
(ドナーミルク使用施設支援事業)

標記補助金について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業計画書 (第1号様式別紙1)
- (2) 経費所要額調 (第1号様式別紙2)
- (3) 歳入歳出予算書 (又は見込書) 抄本
(当該補助事業の支出予定額が記載されているもの)
- (4) その他参考となる書類

(責任者氏名 連絡先
担当者氏名 連絡先)

第1号様式別紙1

令和 年度ドナーミルク使用施設支援事業に係る事業計画書

施設名 _____

1 ドナーミルク使用施設登録状況について

契約団体	契約開始時期
一般社団法人日本母乳バンク協会 ・ 一般財団法人日本財団母乳バンク	令和 年 月 日から

(注意) 契約状況がわかる資料を添付すること。

2 ドナーミルク使用料見込

会員種別	会費支払額
	円

(注意) 会費支払額がわかる資料を添付すること。

記入者情報

担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

第1号様式別紙2

令和 年度ドナーミルク使用施設支援事業 経費所要額調

(施設名)

経費	(A) 総事業費	(B) 寄付金及び その他の収入 額	(C) 差引事業費 (A)-(B)	(D) 対象経費の 支出予定額	(E) 基準額	(F) 選定額	(G) 補助率	(H) 補助金所要額	備考
単位	円	円	円	円	円	円		円	
ドナーミルク使用施設支援					2,200,000		10/10		
合計					2,200,000		10/10		

記入要領

- 1 (F)選定額には、(C)、(D)、(E)を比較していずれか少ない額を記載すること
- 2 (H)補助金所要額には、(F)選定額に(G)補助率を乗じた額を記入すること
- 3 (H)補助金所要額の算定に当たり、1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てた額を記入すること
- 4 第1号様式の「補助金交付申請額」には、(H)補助金所要額を記載すること