様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県医療機関等職場環境整備等事業費補助金交付申請書

第　　　　　号

年　　月　　日

静岡県知事　　氏　　　名　　様

法人の所在地

法人名

代表者職・氏名

　　　　年度において静岡県医療機関等職場環境整備等事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　概算払の承認申請

　　(1) 金額　　　　　　　　　　円

　　(2) 理由

(3) 時期

口座振替先　金融機関名

　　　　　　　支店名

　　　　　　　口座種別

　　　　　　　口座番号

　　　　　　　口座名義人（カナ）

（注１）以下の項目についても記載すること。

責任者　職・氏名

作成者　職・氏名

（注２）次の書類を添付すること

　　　事業計画書（様式第２号）

３　交付申請に関する誓約事項

（１）　本補助金交付要綱に定めのある交付の条件を満たしていることを誓約します。

　（２）　本補助金に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます。

　（３）　本補助金の交付後、本補助金交付要綱に定めのある返還事由に該当した場合は補助金の全額を返還します。

様式第３号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

資　金　状　況　調　べ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区  　　　　　分  月別 | 収　　　　入 | | | | 支　　　　出 | | | | 差  引  残  高 |
|  |  |  | 計 |  |  |  | 計 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）未経過の月分については、見込額を計上すること。

様式第４号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県医療機関等職場環境整備等事業計画変更承認申請書

第　　　　　号

年　　月　　日

静岡県知事　　氏　　　名　　様

法人の所在地

法人名

代表者職・氏名

　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

１　計画変更の理由

２　変更の内容

３　変更金額

　　変更前…

　　変更後…

（注１）以下の項目についても記載すること。

責任者　職・氏名

作成者　職・氏名

（注２）次の書類を添付すること

　　　事業計画書（様式第２号）

様式第５号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

実績報告書

第　　　　　号

年　　月　　日

静岡県知事　　氏　　　名　　様

法人の所在地

法人名

代表者職・氏名

　　年　月　日付け　　第　　号により補助金交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

（注１）以下の項目についても記載すること。

責任者　職・氏名

作成者　職・氏名

（注２）次の書類を添付すること

　　　実績報告書（様式第６号）

様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

請求書

金　　　　　　　　　円

ただし、　　　年　月　日付け　　第　　　号により補助金の交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業の補助金として、上記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

静岡県知事　　氏　　　名　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

代表者

（注）　以下の項目についても記載すること。

　　　　責任者　職・氏名

　　　　作成者　職・氏名

　口座振替先　金融機関名

　　　　　　　 　 支店名

　　　　　　 　　口座種別

　　　　　　　 　 口座番号

　　　　　　　 　 口座名義人（カナ）

様式第８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

消費税仕入控除税額等報告書

第　　　　　号

年　　月　　日

静岡県知事　氏　　　　名　様

法人所在地

法人名

代表者職・氏名

　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた静岡県医療機関等職場環境整備等事業の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。

１　補助金の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 金　　　　　　　　円

　　（　　　　年　　月　　日付け　第　　号による額の確定通知額）

２　補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等 金　　　　　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等　　　金　　　　　　円

４　補助金返還相当額（３の額から２の額を差し引いた額）　　　　　　　　金　　　　　　円

５　添付書類

　　記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

（注）以下の項目についても記載すること。

責任者　職・氏名

作成者　職・氏名