

新旧対照表

| 新 | 旧 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>令和元年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱</p> <p>第1条～第8条（略）</p> <p><u>（繰越承認申請）</u></p> <p><u>第9条 補助事業者は、補助事業が年度内に完了し難いと認められ、補助事業を繰り越す必要がある場合は、事前に別記第6号様式による繰越承認申請書を提出して知事の承認を受けなければならない。</u></p> <p><u>2 補助事業者は、第1項の規定により知事の承認を得た場合は、翌年度の4月10日までに、別記第7号様式による年度終了実績報告書を知事に提出しなければならない。</u></p> <p>（概算払）</p> <p>第10条 補助事業者は、規則第14条ただし書の規定に基づき補助金の概算払の請求をしようとするときは、別記第8号様式による請求書を知事に提出しなければならない。</p> <p>（グリーン購入）</p> <p>第11条（略）</p> <p>（情報の開示）</p> <p>第12条（略）</p> | <p>令和元年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱</p> <p>第1条～第8条（略）</p> <p>（概算払）</p> <p>第9条 補助事業者は、規則第14条ただし書の規定に基づき補助金の概算払の請求をしようとするときは、別記第6号様式による請求書を知事に提出しなければならない。</p> <p>（グリーン購入）</p> <p>第10条（略）</p> <p>（情報の開示）</p> <p>第11条（略）</p> |

| 新 | 旧 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none">この要綱は、令和元年 11 月 29 日から施行する。第 4 条による申請は、この要綱の施行の日前においても行うことができる。この要綱は、令和 <u>3</u> 年 5 月 31 日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第 6 条、第 7 条第 6 号から第 9 号まで、第 8 条第 3 項及び第 <u>12</u> 条の規定は、同日以降もなおその効力を有する。 <p><u>附 則</u> <u>この要綱は、令和 年 月 日から施行する。</u></p> | <p>附則</p> <ol style="list-style-type: none">この要綱は、令和元年 11 月 29 日から施行する。第 4 条による申請は、この要綱の施行の日前においても行うことができる。この要綱は、令和 2 年 5 月 31 日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第 6 条、第 7 条第 6 号から第 9 号まで、第 8 条第 3 項及び第 11 条の規定は、同日以降もなおその効力を有する。 |

| 新 | 旧 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <p>第1号様式～第5号様式（略）</p> <p><u>第6号様式（第9条関係）</u></p> <p style="text-align: right;">第 号 令和 年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p style="text-align: right;">補助事業者 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">令和元年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム 導入促進事業費補助金繰越承認申請書</p> <p>令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の （変更）交付の決定がありました令和元年度高知県地域医療介護連携ネッ トワークシステム導入促進事業費補助金について、令和元年度内にこれを 完了することが困難となりましたので、下記のとおり当該補助事業を翌年 度に繰り越しして事業を実施したく申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 繰越金額 金 _____ 円</p> <p>2 繰越理由 金 _____ 円</p> <p>3 事業完了予定年月日 令和 年 月 日</p> <p>4 添付資料 繰越計算書（別紙10のとおり）</p> | <p>第1号様式～第5号様式（略）</p> |

| 新 | 旧 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <p data-bbox="183 210 519 242"><u>第7号様式（第9条関係）</u></p> <p data-bbox="801 258 1115 338">第 号 令和 年 月 日</p> <p data-bbox="241 402 609 434">高知県知事 様</p> <p data-bbox="698 491 1012 571">補助事業者 住所 氏名 印</p> <p data-bbox="519 635 779 667">年度終了実績報告書</p> <p data-bbox="183 730 1115 906">令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の (変更) 交付の決定がありました事業について、令和元年度高知県地域医 療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第9条 の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。</p> <p data-bbox="631 960 667 992">記</p> <p data-bbox="219 1056 331 1088">添付資料</p> <ul data-bbox="250 1104 981 1232" style="list-style-type: none">(1) 事業進捗状況報告書（別紙11のとおり）(2) 契約書の写し(3) (1)から(2)までに掲げるもののほか、参考となる書類 | |

| 新 | 旧 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>第8号様式（第10条関係）</u></p> <p style="text-align: right;">第 号 令和 年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p style="text-align: right;">補助事業者 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">令和元年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム 導入促進事業費補助金概算払請求書</p> <p>令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の (変更) 交付の決定がありました事業について、令和元年度高知県地域医 療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第 <u>10</u> 条 の規定により、下記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 交付決定額 金 円</p> <p>2 概算払請求額 金 円</p> <p>3 対象期間</p> <p>4 概算払を必要とする理由</p> | <p>第6号様式（第9条関係）</p> <p style="text-align: right;">第 号 令和 年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p style="text-align: right;">補助事業者 住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">令和元年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム 導入促進事業費補助金概算払請求書</p> <p>令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の (変更) 交付の決定がありました事業について、令和元年度高知県地域医 療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第 9 条 の規定により、下記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 交付決定額 金 円</p> <p>2 概算払請求額 金 円</p> <p>3 対象期間</p> <p>4 概算払を必要とする理由</p> |

| 新 | 旧 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5 補助金振込先 金融機関名 支店 口座名義人(カナ) 法人名 代表者名 口座番号(種別：普通・当座) 種別： 番号：</p> | <p>5 補助金振込先 金融機関名 支店 口座名義人(カナ) 法人名 代表者名 口座番号(種別：普通・当座) 種別： 番号：</p> |

新

旧

別紙1～別紙9（略）

別紙1～別紙9（略）

別紙10

繰越計算書

補助事業者名 _____

| 事業名 | 交付決定の内容 | | 年度末執行実績 | 事業実施期間 | | 備考 |
|-----|---------|-------|---------|--------|---------|----|
| | 対象事業費 | 交付決定額 | 事業進捗状況 | 着手年月日 | 完了予定年月日 | |
| | 円 | 円 | | | | |

別紙11

事業進捗状況報告書

補助事業者名 _____

| 事業名 | 交付決定の内容 | | 年度末執行実績 | 事業実施期間 | | 備考 |
|-----|---------|-------|---------|--------|---------|----|
| | 対象事業費 | 交付決定額 | 事業進捗状況 | 着手年月日 | 完了予定年月日 | |
| | 円 | 円 | | | | |