

別記

第1号様式（第4条関係）

第 号
令和 年 月 日

高知県知事

様

補助事業者 住所
氏名
(生年月日)

印

令和2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申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和2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4条の規定により、補助金の交付を関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助申請額 金 円
- 2 補助事業の目的及び内容
- 3 添付書類
- (1) 経費所要額調（別紙1のとおり）
- (2) 事業計画書（別紙2のとおり）
- (3) 収入支出予算（見込み）書（抄本）（別紙3のとおり）
- (4) 県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書（発行後3ヵ月以内のもの）
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参考となる書類

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：

第2号様式（第7条関係）

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名 印

令和2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変更承認申請書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の交付の決定がありました事業について下記のとおり計画を変更したいので、令和2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7条第2号の規定により関係書類を添えて申請します。

記

1 変更理由

2 変更交付申請額	既交付決定額	金	円
	変更後の申請額	金	円
	差引き増減額	金	円

3 添付書類

- (1) 変更後経費所要額調（別紙4のとおり）
- (2) 変更後事業計画書（別紙5のとおり）
- (3) 変更後収入支出予算（見込み）書（抄本）（別紙6のとおり）
- (4) (1)から(3)までに掲げるもののほか、参考となる書類

（注）内容の変更のみの場合は、変更補助金交付額の記入は必要ありません。

第3号様式（第7条関係）

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名 印

令和2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中止（廃止）承認申請書

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、下記のとおり中止（廃止）したいので、令和2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7条第4号の規定により申請します。

記

中止（廃止）の理由

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名

印

令和2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実績報告書

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が完了しましたので、令和2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条第1項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

添付書類

- (1) 経費所要額精算書（別紙7のとおり）
- (2) 事業実績報告書（別紙8のとおり）
- (3) 該当事業の収入支出決算（見込み）書（抄本）（別紙9のとおり）
- (4) 契約書及び検収調書の写し
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参考となる書類

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名

印

令和2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
消費税仕入控除税額等報告書

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2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について、令和2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条第3項の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 令和 年 月 日付け高知県指令 第 号による補助金の交付の決定額
金 円（補助金確定額）
- 2 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（3－2）
金 円

第 号
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名 印

令和2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

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2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。

記

1 繰越金額 金 _____ 円

2 繰越理由

3 事業完了予定年月日 令和 年 月 日

4 添付資料

繰越計算書（別紙10のとおり）

第 号
令和 年 月 日

高知県知事

様

補助事業者 住所
氏名

印

年度終了実績報告書

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2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10条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

添付資料

- (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)及び(2)に掲げるもののほか、参考となる書類

高知県知事 様

補助事業者 住所
氏名

印

令和2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

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2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11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付決定額 金 円

2 概算払請求額 金 円

3 対象期間

4 概算払を必要とする理由

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：