

別記

第1号様式（第4条関係）

第 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：
代表者の職名、氏名及び生年月日

印

補助金交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条第1項及び令和元年度高知県後発医薬品使用促進等
対策事業費補助金交付要綱第4条第1項の規定により、補助金の交付について、関係
書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金申請額 金 _____ 円
- 2 補助事業実施期間(計画) 令和 年 月 日 ~ 年 月 日
- 3 添付書類
(1) 事業実施計画書及び積算内訳(別紙1)
(2) 当該年度の収支予算書(又は見込書)抄本(別紙2)
(3) 県税の納税義務がないことの申立書
(4) その他参考となる資料

事業実施計画書及び積算内訳

1 事業実施計画書

事業名	総事業費	補助対象経費の支出予定額 (A)	寄付金その他の収入予定額 (B)	差引額 (C)=(A)-(B) (円)	県補助基準額 (D) (円)	選定額 (CとDを比較して少ない方の額) (E) (円)	県補助額 (F) (千円)
重複多剤投薬等通知事業	(円)	(円)	(円)	(円)	/	/	/
通知効果検証事業					/	/	/
合計							

(注) (F) 欄に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨ててください。

2 対象経費の支出予定額の内訳

区分	支出予定額 円	積算内訳	実施計画内容
		支出目的、単価、人数等が分かるように記載してください。	実施時期、実施内容等を記載してください。
合計	円		

3 寄付金その他の収入等の内訳

区分	収入等予定額	積算内訳
	円	
合計	円	

4 他団体に事業を委託する場合

1 (団体等に事業の全部又は一部を委託する場合)	
(1)①委託する範囲	全部 ・ 一部 (部分)
②団体等名	
(2)①委託する範囲	全部 ・ 一部 (部分)
②団体等名	

別紙2

収 支 予 算 書

1. 収入の部

(単位：円)

科 目	金 額
合 計	

2. 支出の部

(単位：円)

科 目	金 額
合 計	

上記は、原本のとおりであることを証明します。

年 月 日

印

第 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：
代表者の職名、氏名

印

補助事業変更承認申請書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号により交付の決定がありました事業について、下記のとおり変更したいので、承認されるよう令和元年度高知県後発医薬品使用促進等対策事業費補助金交付要綱第6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 今回交付申請額① 金 _____ 円

既交付決定額② 金 _____ 円

差 引 (①-②) 金 _____ 円

(注) 申請書の添付書類は当初申請様式とし、変更しようとする内容が対比できるよう、当初申請分は上段に（当初申請分）とし記入してください。

第 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：
代表者の職名、氏名

印

補助事業中止（廃止）承認申請書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号により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、承認されるよう令和元年度高知県後発医薬品使用促進等対策事業費補助金交付要綱第6条第5号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 中止（廃止）の理由

2 既交付決定額 金 _____ 円

第 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：
代表者の職名、氏名

印

補助事業実績報告書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号により、(変更) 交付の決定（廃止承認）がありました事業が完了しましたので、補助金について、令和元年度高知県後発医薬品使用促進等対策事業費補助金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

1 補助金精算額 金 _____ 円

補助所要額（ア）	既交付決定額（イ）	補助金精算額（アとイを比較し少ない額）
(円)	(円)	(円)

2 補助事業実施期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

3 添付書類

- (1) 補助金精算額総括表及び精算内訳（別紙1）
- (2) 当該年度の収支決算書（又は見込書）抄本（別紙2）
- (3) その他参考となる資料

後発医薬品使用促進等対策事業補助金精算額総括表及び積算内訳

1 精算額総括表

事業名	総事業費	補助対象経費の支出額 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (C)=(A)-(B) (円)	県補助基準額 (D) (円)	選定額 (CとDを比較して少ない方の額) (E) (円)	県補助額 (F) (千円)
重複多剤投薬等通知事業	(円)	(円)	(円)	(円)	/	/	/
通知効果検証事業					/	/	/
合計							

(注) (F) 欄に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨ててください。

2 実績額積算内訳

区分	支出額	積算内訳	実績内容
	円	支出目的、単価、人数等が分かるように記載してください。	実施時期、実施内容等を記載してください。
合計	円		

3 寄付金その他の収入等の内訳

区分	収入等額	積算内訳
	円	
合計	円	

第5号様式（第8条関係）

第 年 月 号日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：
名称：
代表者の職名、氏名

印

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 号により、（変更）交付の決定（廃止承認）がありました補助金について、令和元年度高知県後発医薬品使用促進等対策事業費補助金交付要綱第8条第3項の規定により、下記のとおり報告します。

記

高知県補助金等交付規則第12条の規定による補助金の確定額（補助金交付決定額）	
実績報告時により減額した消費税仕入控除税額等	(a) 円
消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等	(b) 円
補助金返還相当額	(b) - (a) 円

（注）事業主体別の内訳資料、国税還付金振込通知書（写し）その他参考となる資料を添えてください。