別　紙

直接人件費を計上する際の関係書類等について

直接人件費とは、製品開発事業に直接従事する者が作業業務に携わった時間（以下「補助事業従事時間」という。）に対する人件費が対象となります。ここで、製品開発事業に直接従事する者とは、補助事業者と雇用契約が結ばれている者に限ります。

１　直接人件費の積算

補助事業における直接人件費は、（１）に規定する方法により算定した時間給額に、（２）に規定する方法により算定した補助事業従事時間を乗じて算出します。

（１）時間給額の算出方法

補助事業の交付申請段階と実績報告段階とでは、次に掲げるとおり算出方法が異なります。

①　補助金交付申請書提出段階（時間給額の仮設定）

　　　「補助事業従事者の時間給算出表－１」において次に掲げるとおり計算を行い、時間給額の仮設定

　　をしてください。

（ア）健保等級適用者は、交付申請時点の健保等級を基に経済産業省大臣官房会計課が作成する等級単価一覧表（以下、｢人件費単価一覧表」という。｣で時間給額を仮設定します。

（イ）健保等級適用外で年額給与又は月額給与の者は、雇用契約に明記された年額給与又は月額給与を基に、「人件費単価一覧表」より該当する時間給額を仮設定します。

（ウ）健保等級適用外で日給給与の者は、雇用契約書に規定された日給額を所定労働時間で除した額を人件費単価とします。通勤費を支給される場合は、日給額に通勤費日額を加算して時間給額を算出します。

（エ）健保等級適用外で時間給給与の者は、雇用契約書に規定された時間給額とします。通勤費を支給される場合は、通勤費日額を所定労働時間で除した額を時間給額に加算します。

②　実績報告書提出段階（時間給額の確定）

「補助事業従事者の時間給算出表-2」において次に掲げるとおり計算を行い、時間給額を確定してください。

（ア）健保等級適用者は、補助事業期間中の健保等級実績を基に「人件費単価一覧表」で人件費単価を確認してください。この人件費単価と、直近１年間の賃金台帳による実質時間単価を比べ、低い額が時間給額となります。

（イ）健保等級適用外で年額給与又は月額給与の者は、契約金額と直近１年間（勤続期間1年未満の者にあっては在勤中とする。）の賃金台帳を基にした(実績）金額を比べ、低い額で「人件費単価一覧表」より該当する時間給額を確定します。

（ウ）健保等級適用外で日給給与者は、雇用契約書に規定された日給額を所定労働時間で除した額を時間給額として確定します。通勤費を支給された場合は、日給額に通勤費日額を加算して時間給を確定します。

（エ）健保等級適用外で時間給給与者は、雇用契約書に規定された時間給額として確定します。通勤費を支給された場合は、通勤費日額を所定労働時間で除した額を時間給額に加算して時間給を確定します。

（２）補助事業従事時間の算出について

　　（１）と同様に、交付申請書提出段階と実績報告書提出段階では、算出方法が異なります。

①　交付申請書提出段階（補助事業従事時間の仮設定）

補助事業期間中の補助事業従事者の活動計画を立て、補助事業従事時間を設定してください。

②　実績報告書提出段階（補助事業従事時間の確定）

補助事業従事者ごとに実績時間を集計、把握してください。また、証拠書類として補助事業作業週報等を準備してください。

また、補助事業従事時間の算出に当たっては、次に掲げる事項にご注意ください。

（ア）役職員及び年俸制の場合は、就業規則等に定める１日の所定労働時間数を超えて補助事業に従事しても、就業規則上の１日の所定労働時間を直接人件費の対象の上限とします。

（イ）役職員及び個人事業の代表者の場合は、健保等級19級の単価を、上限の単価とします。

（ウ）時間外勤務、休日出勤等を行った場合は、補助事業従事時間の算出に当たり補助事業主から補助事業従事者への時間外勤務手当及び休日出勤手当が支払われていないと補助対象経費とは認められません。

（エ）補助事業従事時間からは、次に掲げる時間を除きます。

a　出張等の移動時間

b　昼休み時間及び休憩時間

c　高知県との打合せ

d　就業時刻に遅刻又は早退をした時間

e　販路開拓関連の業務

f　見本市出展関連の業務

g　一般従業者への研修及び訓練

h　補助金申請書等（試作開発や改良の記録の整理を含む。）の作成業務

i　経理担当者の作業時間

j　その他補助事業以外の業務に従事した時間

２　直接人件費を計上している場合に必要となる関係書類について

交付申請書及び実績報告書提出時等においては、直接人件費に係る計算の適正を確認するために、下表に掲げる書類をそれぞれ添付して知事に提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 直接人件費に係る整理保管等書類 | 交付申請時  の提出書類 | 実績報告時  の提出書類 | 備考 |
| 補助事業従事者一覧表【人件費様式１】 | ○ | ○ |  |
| 就業規則及び給与規程（写し） | ○ |  |  |
| 補助事業従事者の時間給額算出表 | 算出表-１  【人件費様式2】 | 算出表-２  【人件費様式3】 |  |
| 雇用契約書（時間給、日給、月額、年額等の給与契約者（写し）） | ○ | ○ | 該当者がいる場合のみ |
| 労務費明細書【人件費様式4】 |  | ○ |  |
| 年間所定労働時間算出表【人件費様式5】  及び労働基準監督署に提出した就業カレンダー（写し） | ○ |  |
| 健保等級証明書（原本）【人件費様式6】  ※被保険者標準決定通知書、同改訂通知書等（写し） | ○ | 健保等級  適用者のみ |
| 賃金台帳又は【人件費様式7】（原本） | ○ |  |
| 補助事業期間中の給与支払書類（写し） | ○ | 補助事業  期間中のみ |
| 補助事業作業週報【人件費様式8】（原本） | ○ |  |
| 法人の場合、全ての役職員の氏名が分かる書類 | ○ |  |  |

【人件費様式１】

補助事業従事者一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 役　職 | 氏　名 | 時間給額 の適用区分 | 役職員 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)：時間給額の適用については、次の区分で記載してください。

　　　なお、役職員については役職員欄に○を記入してください。

Ａ：健保等級適用者

Ｂ－ａ：健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

Ｂ－ｂ：健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

Ｂ－ｃ：健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

Ｂ－ｄ：健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

【人件費様式２】

補助事業従事者の時間給算出表－１【補助金交付申請書添付用】

Ａ　健保等級適用者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 健保等級に基づく時間給額 | |
| 健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ｂ－ａ健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年額給与契約額 | 健保等級に基づく時間給額 | |
| 相当健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約年額給与を基に相当健保等級と時間給額を記入してください。

Ｂ－ｂ健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 月額給与契約額 | 健保等級に基づく時間給額 | |
| 相当健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約月額給与を基に相当健保等級と時間給額を記入してください。

Ｂ－ｃ健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 日額給与 | 通勤単価(\*1) | 合計額 | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ）＝Ａ+Ｂ | （Ｄ） | （Ｅ）＝Ｃ/Ｄ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約日額給与及び通勤手当を基に時間給額を記入してください。

(\*1)　通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2)　小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ｄ健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | (契約)時間給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約日額給与及び通勤手当を基に時間給額を記入してください。

(\*1)　通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2)　小数点以下は、切り捨ててください。

【人件費様式３】

補助事業従事者の時間給算出表－２【実績報告書添付用】

Ａ　健保等級適用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間所定労働時間　　時間　　分(B)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 健保等級に基づく時間給額 | | 賃金台帳（実績）による検証 | |
| 年/　月～　月 | | 年間給与額（実績）(A) | 相当  時間給額(A/B) (\*) |
| 健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)１　実績報告書に健保等級証明書及び賃金台帳を添付し、提出してください。

２　賃金台帳による検証の結果、相当時間給額が健保等級に基づく時間給額を下回った場合は、相当時間給額を時間給額の確定額としてください。

(\*)　小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ａ健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年額給与契約額 | 賃金台帳（実績年額） | （Ａ）又は（Ｂ）の  少額の方の健保等級 | 時間給額 |
| （Ａ） | （Ｂ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　実績報告書に雇用契約書（年額給与額明記）及び賃金台帳を添付し、提出してください。

Ｂ－ｂ健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 月額給与契約額 | 賃金台帳（実績月額） | （Ａ）又は（Ｂ）の  少額の方の健保等級 | 時間給額 |
| （Ａ） | （Ｂ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)１　実績報告書に雇用契約書（月額給与額明記）及び賃金台帳を添付し、提出してください。

２　賃金台帳の該当期間は、直近1年間、1年未満の場合は、直近6月間を対象期間としてください（賞与の月間

　均等化のため）。

Ｂ－ｃ健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | (契約)日額給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　事業終了時の実績報告書に雇用契約書（日額給与額及び通勤手当額明記）を添付し、提出してください。

(\*1) 通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2) 小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ｄ健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | (契約)時間給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　事業終了時の実績報告書に雇用契約書（時間給与額及び通勤手当額明記）を添えて、提出してください。

(\*1) 通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2) 小数点以下は、切り捨ててください。

【人件費様式４】

労務費明細書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 種別（費目） | 交付決定の補助金額 |
| 労務費 | 直接人件費 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事者氏名 |  | | |  | | |  | | |
| 健保等級等 |  | | |  | | |  | | |
|  | 時間単価  （A） | 本事業  従事時間（B） | 人件費  （A×B） | 時間単価  （A） | 本事業  従事時間（B） | 人件費（A×B） | 時間  単価  （A） | 本事業  従事時間（B） | 人件費（A×B） |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （人件費合計）  補助事業に要した経費 | 円 |
| 補助対象経費 | 円 |
| 補助金の額 | 円 |

(注)１　健保等級適用者の必要な証拠書類（補助事業作業週報、健保等級証明書、賃金台帳等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務明細書の後に添えてください。

２　健保等級適用者以外で年額給与又は月額給与の方の必要な証拠書類（補助事業作業週報、雇用契約書、賃金台帳等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務費明細書の後に添えてください。

３　健保等級適用者以外で日額又は時給の方の必要な証拠書類（補助事業作業週報、雇用契約書、給与明細書、給与支払証明書等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務費明細書の後に添えてください。

４　「人件費対象者」は、交付決定通知書及び計画変更承認等通知書で対象とした方のみです。計画変更承認の申請をし、承認を受けていない方の人件費は、対象外です。

５　「補助対象経費」欄は、消費税が含まれていないことを確認してください。

【人件費様式５】

年間所定労働時間算出表

事業開始月から終了月の就業規則に基づく休日にハッチング(色付け■）し、就業時間各月ごとに所定就業日数を以下の（　）内に記入してください。また、直近１年間の就業時間（A）、就業日数（B）、年間所定労働時間（C＝A×B）を【直近１年間の実績】欄に記入してください。

※カレンダーは、事業開始月から終了月に合わせて適宜変更してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **31/4月** | | （日数２０日） | | | | |  |  | **31/5月** | | （日数１９日） | | | |  |  | **31/6月** | | （日数２０日） | | | |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  | １ | ２ | ３ | ４ | | ５ | 6 |  |  |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | １ |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 | 13 |  | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |  | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | 8 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | 19 | 20 |  | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |  | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | | 26 | 27 |  | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 28 | 29 | 30 |  |  | |  |  |  | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31/7月** | | （日数２２日） | | | | |  |  | **31/8月** | | （日数２１日） | | | |  |  | **31/9月** | | （日数１９日） | | | |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |  |  |  |  |  | 1 | 2 | 3 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | 13 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | 20 |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | | 27 |  | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 28 | 29 | 30 | 31 |  |  | |  |  | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | 29 | 30 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31/10月** | | （日数２０日） | | | | |  |  | **31/11月** | | （日数２１日） | | | |  |  | **31/12月** | | （日数２０日） | | | |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |  |  |  |  |  |  | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 12 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | 19 |  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | | 26 |  | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | |  |  | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **32/1月** | | （日数１９日） | | | | |  |  | **32/2月** | | （日数１８日） | | | |  |  | **32/3月** | | （日数２１日） | | | |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  |  | 1 | 2 | 3 | | 4 |  |  |  |  |  |  |  | １ |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | 11 |  | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | 8 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | | 18 |  | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | 25 |  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |

【直近１年間の実績】

◆就業時間（Ａ）

・就業時間○：○○～○：○○（○）時間（休憩時間○：○○～○：○（○）時間）

◆就業日数（B）

・合計（○）日

◆年間所定労働時間（C＝A×B）

・合計（○）時間

【人件費様式６】

健保等級証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 健　保　等　級 | | |
| 補助事業従事者　氏名 | ○月～○月 | ○月～○月 | 備考 |
| ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |

　　年　　月　　日

　　高知県ものづくり事業戦略推進事業費補助金（事業区分）の補助事業従事者に係る健保等級について、上記のとおり証明します。

名　称 （社名）

部署名

証明者氏名 （自署）

(注)　事業の開始月、新規の登録補助事業従事者の従事開始月及び健保等級に改定がある月については、必ず記入してください。

【人件費様式７】

補助事業従事者の直接人件費にかかる賃金台帳

※事業開始月から終了月の期間に合わせて、様式を適宜変更してください。。 部署名　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年** | 4月 | 5月 | 6月 | 賞　与 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 賞　与 | 1月 | 2月 | 3月 | 合　計 |
| 基本給 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家族手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住居手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通勤手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役付手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職階手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 早出手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 残業手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 皆勤手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 能率手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精算手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役員報酬の内  給与相当分 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 総支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 厚生年金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雇用保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住民税 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所得税 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 控除額計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 差引支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

高知県ものづくり事業戦略推進事業費補助金にかかわる標記の補助事業従事者の給与実績は、上記のとおりであることを証明します。

**年　　月　　日　　　名称　（社名）　　　　　　　　　　　　　　部署・役職名　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者氏名　　　　　　　　　　　　　　印**

【人件費様式８】

補助事業作業週報

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 作業時間 | 通常勤務時間内作業時間数 | 超過勤務時間における作業時間数 | 業務（作業）内容 | 責任者㊞ |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| ○月○日（月） |  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 時間数合計 | |  |  |  | |

（注）補助事業のための作業内容を要約してください。作業者本人が作成し、責任者が確認及び押印が必要です。