

別記

# 記載例(申請書)

第1号様式(第4条関係)

各病院等で文書番号を取っている場合は  
記入。取っていない場合は記入不要。

第

号

年 月 日

高知県知事 ○○ ○○ 様

知事名は正しく記載

補助事業者 住所 高知市○○町○-○

氏名 株式会社 ○○

代表取締役 ○○ ○○

生年月日(和暦) ○年 ○月 ○日

年度が合っているか確認

## 高知県中山間地域等訪問看護師育成事業費補助金交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び高知県中山間地域等訪問看護師育成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

別紙1(G)と同額

1 補助申請額 金           0,000,000           円

2 補助事業の目的及び内容

(目的)

(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) 収入支出予算書(見込み)の抄本(別紙3のとおり)

(4) 交付先法人に加えて、雇用者が普通徴収となっている場合には、研修受講者について  
県税事務所で発行する全税目の納税証明書(滞納がないことを証するもの)  
(発行後3か月以内のもの)

(5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参考となる書類  
フォローアップ研修等の対象者は修了証明書の写し及び就業証明書(様式自由)

(注) 補助事業者名は、設置主体の代表者としてください。

様式以外に提出が必要なもの

・納税証明書

・参考となる資料

の添付も忘れずにお願いします。

補助金の振り込み先

口座振込先

銀行名	支店名	口座番号	口座名義人(カナ)
○○ 銀行	○○ 支店	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">普通</span> 123456 当座	カ) ○○

# 記載例(実績報告)

第4号様式(第8条関係)

事業完了後30日以内もしくは当該年度の3月31日のいずれか早い日。該当日が土日の場合はその手前の日付。

第 号  
令和〇年 〇月 〇日

高知県知事 〇〇 〇〇 様

知事名は正しく記載

補助事業者 住所 高知市〇〇町〇-〇  
氏名 株式会社 〇〇  
代表取締役 〇〇 〇〇

年度が合っているか確認

高知県中山間地域等訪問看護師育成事業費補助金実績報告書

令和 〇年 〇月 〇日付け高知県指令 〇第 〇〇 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、高知県中山間地域等訪問看護師育成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

事業名を記載

## 1 事業の種類

中山間地域等訪問看護師育成事業 〇〇コース

## 2 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8-1、別紙8-2のとおり)
- (3) 該当事業の収入支出決算書(見込み)の抄本(別紙8-3のとおり)
- (4) 補助金所要額明細書(様式自由)を添えてください
- (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参

交付決定通知書の日付と文書番号を記載。

補助金交付決定通知書  
..... 様  
.....  
.....  
.....  
.....  
..... 知事.....