別記

第１号様式（第５条関係）

令和　 年　 月 　日

高知県知事　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 住　所

 　団体名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　 　（生年月日　　　　　　　　　）

令和４年度高知県新型コロナウイルスワクチン

職域接種促進事業費補助金交付申請書

　令和４年度高知県新型コロナウイルスワクチン職域接種促進事業費補助金交付要綱第５条の規定により、補助金の交付について下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１ 補助金交付申請額 円

２ 関係書類

（１）補助金所要額調書（別紙１）

（２）支出予定額内訳書（別紙２）

（３）収支予算書（別紙３）

（４）事業実施計画書（別紙４）

（５）県税の滞納がないことを証する納税証明書

又は

県税完納情報の提供に係る同意書（別紙５）（※１）及び本人確認書類の写

し（※２）

（※１）税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における様

式。

（※２）法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し

等。（注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナン

バーの表示があるため、提出は不可とする。）、健康保険証の保険

者番号及び被保険者番号等記号・番号は復元できない程度にマスキ

ング処理を施す等してください。

別紙１（第１号様式関係）

補助金所要額調書

補助事業者名

　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費Ａ | 寄附金その他収入額Ｂ | 差引額(A)-(B)Ｃ | 対象経費の実支出所要額Ｄ | 　　補助基準額(総接種予定回数×1,500)ＥＣ | 選定額(Ｃ、Ｄ及びＥを比較していずれか少ない額)ＦＤ | 按分率(中小企業接種回数/総接種回数)Ｇ | 補助金所要額(F)×(G)Ｈ | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注１）Ｂ欄は、接種費用を含めて記入してください。（外部の医療機関が出張して実施する場合は除く）

（注２）Ｄ欄は、別紙２の合計金額を記入してください。

（注３）Ｈ欄は、1,000円未満の端数を切り捨てた額を記入してください。

別紙２（第１号様式関係）

支出予定額内訳書

　補助事業者名：

対象経費支出予定額：　　　　　　　円

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 経費の内容 | 金額 |
| 　 |  |
| 合　　　計 |  |

別紙３（第１号様式関係）

収支予算書

１　収入の部

　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　目 | 予　算　額 | 備　考 |
| 県補助金 |  |  |
| 自己資金 |  |  |
| その他 |  |  |
| 計 |  |  |

２　支出の部

（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 経費区分 | 予算額 | 備考 |
| 職域接種促進事業 | 賃金 |  |  |
| 報酬 |  |  |
| 謝金 |  |  |
| 会議費 |  |  |
| 旅費 |  |  |
| 需用費 |  |  |
| 役務費 |  |  |
| 委託料 |  |  |
| 使用料及び賃借料 |  |  |
| 備品購入費 |  |  |
| 計 |  |  |

収支予算は、上記と相違ないことを証明します。

 令和　　年　　月　　日

補助事業者名

別紙４（第１号様式関係）

事業実施計画書

　補助事業者名：

（１）職域接種の期間

　　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで

（２）接種予定回数

　　　　総接種回数　　　　　　　　回

　　　　うち中小企業に該当　　　　回

（３）Ｖ-ＳＹＳの類似コード

（４）接種体制（いずれかに○をしてください）

１　外部機関が出張

２　企業内診療所

（５）確認事項

　下記①②について該当する項目にレ点を記入してください。

　　※①及び②の両方に該当する場合のみ補助対象となります。

|  |  |
| --- | --- |
| ①本申請にかかる職域接種は、以下に該当します。中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの | □ |
| ②以下の１、２のいずれかに該当する職域接種のみ、上記の接種予定回数に計上しています。 |  |
| １　外部医療機関が中小企業に出張して行う接種（中小企業の社員等が外部医療機関に出向いて実施する場合は含まれません。） | □ |
| ２　商工会議所、業界団体等が職域接種の実施のために新たに医療機関を開設する場合であって、外部医療機関から医師等を雇用する費用が商工会議所等に発生していて、かつ、職域接種終了後に速やかに医療機関の廃止届けを提出する場合における接種（２に該当しない場合の「企業内診療所で実施」は含まれません。） | □ |

別紙５（第１号様式関係）

県税完納情報の提供に係る同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

【申請者】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所（法人本社所在地） |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　　　名（法人名称及び代表者職氏名） |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 生年月日（個人の場合） |  |

私は、下記のことに同意します。

記

（１）（補助金名）補助金交付審査のため、全ての県税（個人県民税および地方消費税を除く。）及びこれに付随する延滞金等の納付又は納入の状況に関して、税務課から（所属名）に県税の完納情報の提供を行うこと。

（２）（１）の事務を行うために必要な範囲で、本同意書が税務課に共有されること。

（３）県税の完納情報の提供に当たり、（所属名）の指示及び指導がある場合は、その内容に従うこと。

【注意事項】

・法人登記簿に記載の本社所在地、法人名称並びに代表者職氏名をご記入ください。

・この同意書が提出された時点で県税を完納していたとしても、完納の確認まで１週間から４週間程度要する場合がありますので、ご了承ください。

・県税に滞納がないことの証明書を添付される場合は、この同意書は不要です。

・本同意書に基づき提供された完納情報は、当該補助金交付事務以外に使用しません。