別記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　　　　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金交付申請書

　令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金交付要綱第４条の規定により、上記事業に係る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) 見積書

(４) 収入支出（歳入歳出）予算書(見込み)の抄本(別紙３のとおり)

(５) 県税の滞納がないことを証する証明書　又は

県税完納情報の提供に係る同意書（※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」における第４号様式。

 ※２：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。

 補助事業者が法人の場合は、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。

(６) （１）から（５）までに掲げるもののほか、参考となる書類

（注）補助事業者名は、「○○法人○○会　理事長○○○」など、事業主体の代表者としてください。

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) 番号：

第２号様式（第６条関係）

第　　　　　　　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業指令前着手届

　下記の事業について、別記条件を了承のうえ下記のとおり指令前着手したいので、令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により届け出ます。

記

１　事業内容

２　概算事業費

３　着手予定年月日

４　指令前着手を必要とする理由

別記条件

１　　補助金の交付決定を受けた補助金額が、交付申請額または交付申請予定額に達しない場合においても異議を申し立てないこと。

２　　事業の着手から補助金の交付決定を受けるまでの期間内は、当該事業の計画変更を行わないこと。

第３号様式（第８条関係）

第　　　　　　　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金変更承認申請書

　　　　　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　第　　　　　　号で補助金の交付の決定を受け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、承認されるよう、令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金交付要綱第８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　変更内容及びその理由

２　変更後補助金額

　　　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（歳入歳出）予算書(見込み)の抄本(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）内容変更のみの場合は、変更後補助金額の記入は必要ありません。

第４号様式（第８条関係）

第　　　　　　　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業中止（廃止）承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け高知県指令　　　第　　　　　　号で補助金の交付の決定を受け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５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金交付要綱第８条第４号の規定により申請します。

記

　　中止（廃止）理由

第５号様式（第９条関係）

第　　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金実績報告書

　　　　　　　年　　　月　　　日付け高知県指令　　　第　　　　　　号で補助金の交付の決定を受けた事業が完了したので、令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援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

１　事業の種類

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(年度終了)報告書（別紙８のとおり）

(３) 該当事業の収入支出（歳入歳出）決算書(見込み)の抄本(別紙９のとおり)

(４) 補助対象事業の概要（活動状況等）が分かる写真等

(５) 領収書等の写し

(６) （１）から（５）までに掲げるもののほか、参考となる書類

第６号様式（第９条関係）

第　　　　　　　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

 　補助事業者　　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援事業費補助金

消費税仕入控除税額等報告書

　　　　　　　年　　　月　　　日付け高知県指令　　　第　　　　　　号で補助金の交付の決定を受けた事業について、令和５年度災害派遣医療チーム等活動支援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　　　　　　年　　月　　　日付高知県指令　　　　第　　　　　　　号による補助金交付決定額

　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円　（補助金確定額）

　２　補助金の確定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

　５　添付書類

　　　（１）課税期間分の消費税及び地方消費税の確定申告書（写し）

　　　（２）課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表（写し）

　　　（３）消費税及び地方消費税の納税義務がない場合は、そのことが分かる資料（決算書等）