別記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日）

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付申請書

　高知県補助金等交付規則第３条及び令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進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

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) 収入支出予算（見込み）書（抄本）（別紙３のとおり）

(4) 県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書（発

行後３ヵ月以内のもの）又は県税（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税義務が

ない旨の申立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。

(5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参考となる書類

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)

種別： 　 番号：

第２号様式（第７条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金変更承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　　号で補助金の交付の決定があり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、令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第７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　変更交付申請額　　　既交付決定額　　　金　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　変更後の申請額　　金　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　差引き増減額　　　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) 変更後収入支出予算（見込み）書（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）内容の変更のみの場合は、変更補助金交付額の記入は必要ありません。

第３号様式（第７条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業中止（廃止）承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　　号で補助金の（変更）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、令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第７条第４号の規定により申請します。

記

中止（廃止）の理由

第４号様式（第９条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金実績報告書

　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　　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、令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進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

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のとおり）

(3) 該当事業の収入支出決算（見込み）書（抄本）（別紙９のとおり）

(4) 契約書及び検収調書の写し

(5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、参考となる書類

第５号様式（第９条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金

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　　　　号で補助金の（変更）交付の決定がありました令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業について、令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進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　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　　号による補助金の交付の決定額

金　　　　　　　　　　円　（補助金確定額）

２　実績報告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

第６号様式（第10条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者 住所

氏名

令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金概算払請求書

　令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　　号で補助金の（変更）交付の決定がありました事業について、令和５年度高知県地域医療介護連携ネットワークシステム導入促進事業費補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　概算払請求額　　　金　　　　　　　　　　円

３　対象期間

４　概算払を必要とする理由

５　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)

種別： 　 番号：