別記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　様

所在地

補助事業者名

（生年月日）

年度高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付申請書

高知県補助金等交付規則第３条及び高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付要綱第４条の規定により、補助金の交付を下記のとおり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)　所要額調書（別紙１）

(２)　所要額明細書（別紙２）

(３)　事業計画書（別紙３）

(４)　収入支出（歳入歳出）予算（見込み）書抄本（別紙４）

(５)　県税（地方消費税を除く。）の滞納がない旨を証明する納税証明書（発行

後３箇月以内のもの）又は県税（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、運手免許証、健康保険証の

写し等

（注）マイナンバーカードは表面のみのコピー（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。

第２号様式（第７条関係）

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　様

所在地

補助事業者名

年度高知県歯科在宅当番医制支援事業

費補助金変更（中止・廃止）承認申請書

令和　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　　号で補助金の交付の決定を受けました事業について、下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付要綱第７条第１号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更又は中止若しくは廃止の理由及びその内容

２　変更補助金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

　(１) 変更後所要額調書（別紙５）

　(２) 変更後事業計画書（別紙６）

　(３) 収入支出（歳入歳出）予算（見込み）書抄本（別紙４）

　(４) (１)から(３)までに掲げるもののほか、参考となる書類

第３号様式（第８条関係）

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　様

所在地

補助事業者名

年度高知県歯科在宅当番医制支援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）交付の決定を受けました事業が完了しましたので、高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付要綱第８条第１項の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　補助金精算額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

(１)　所要額精算書（別紙７）

(２)　事業実績額明細書（別紙８）

(３)　事業実績報告書（別紙９）

(４)　事業実施表（別紙10）

(５)　収入支出（歳入歳出）決算（見込み）書抄本（別紙11）

第４号様式（第８条関係）

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　様

所在地

補助事業者名

年度高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金に係る

消費税及び地方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）交付の決定を受けました事業について、高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付要綱第８条第３項の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　高知県歯科在宅当番医制支援事業費補助金交付要綱第７条第５号の規定の規定による確定額又は事業実績報告額

金　　　　　　　　　　　　　円

２　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税仕入控除税額（要補助金返還相当額）

金　　　　　　　　　　　　　円

（注）消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額等の積算内訳、国税還付金振込通

知書（写し）その他参考となる資料を添付してください。