別記

第１号様式（第６条関係）

　　　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　幹事者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　　）

*※市町村が幹事者の場合、生年月日の記載は不要。*

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付申請書

　　高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、上記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　事業計画名　※別紙「補助事業計画書」と一致させてください。

２　コンソーシアム構成員名

３　補助事業に要する経費等

（１）補助事業に要する経費 円（税込）

（２）補助対象経費 円（税抜）

（３）補助金交付申請額 円（税抜）

４　事業実施期間

　　　　年　月　日　～　　　年　月　日

５　添付書類※

（１）補助事業計画書（別紙１）

（２）会社パンフレット

（３）定款又は登記事項証明書

（４）直近２期分の決算書（貸借対照表、損益計算書等）

（５）積算根拠資料（見積書かそれに代わる書類）

（６）令和３～５年度高知県入札参加資格者名簿の写し、又は本社及び高知県内の営業所や事業所の都道府県税の納税証明書（写し可）及び本社及び高知県内の営業所や事業所の消費税及び地方消費税の納税証明書（写し可）

（７）コンソーシアム協定書の写し（任意様式）

（８）高知県ヘルスケアイノベーションプロジェクト支援案件の決定通知書の写し

（９）（１）から（８）までに掲げる書類のほか、知事が必要と認める書類

　※（２）から（４）及び（６）は、コンソーシアム構成員全員分が必要。ただし、市町村及び大学等については不要。

※（４）については、設立後２年未満の民間企業等は、事業計画書等の写しを提出すること。

※（５）については、機械装置費、外注費、特許関連経費及び委託料は必須。その他経費は可能な範囲で可。見積書は交付申請書提出日以降も有効であるものに限る。

※（６）については、審査結果の通知日以降に取得したものに限る。ただし、資格要件確認書類の提出日から交付申請日の間に納付時期がきておらず、資格要件確認時に提出された納税証明書に変更がない場合は不要。また、都道府県税の納税証明書は、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）でも代用可。

※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：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コピーとしてください（裏面はマイナンバーの表示があるため提出不

要）。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。

※（７）及び（８）については、資格要件確認書類として既に提出している場合は不要。

　 ※（３）及び（９）については、審査結果の通知日以降に取得したものに限る。

第１号様式の別紙１

**補助事業計画書**

**１　コンソーシアムの構成***※組織名は公表します。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組織名  組織代表者名 | | 所在地  *※郵便番号から記入してください。* | 担当者  *※県からの連絡窓口となる方を記入してください。* |
| 幹事者 | ○○会社  代表取締役○○○○ | 〒 | 所属部署：  役職：  氏名：  TEL：  FAX：  E-mail: |
| 構成員 | ○○市  ○○市長  〇〇〇〇 |  | 所属部署：  役職：  氏名：  TEL：  FAX：  E-mail: |
|  |  | 所属部署：  役職：  氏名：  TEL：  FAX：  E-mail: |

**２　PL（プロジェクトリーダー）**

*※幹事者に属し、当該事業を遂行する責任者。コンソーシアムが本事業の目的を達成するために必要な事項の調整や進行管理等を主体的に行う方です。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  | | |
| 所属部署・役職 |  | | |
| Tel |  | E-mail |  |

**３　事業の要約***※事業名称、実施場所は公表します。*

|  |  |
| --- | --- |
| (１) 事業名称 |  |
| (２) 事業の要約 | *※「４実施事業の内容」を要約し、事業の全体像を簡潔にまとめてください。* |
| (３) 実証実験  実施場所  （市町村名） |  |

**４　実施事業の内容**※*必要に応じて図や写真等を用いるなどして、分かりやすく記入してください*

|  |  |
| --- | --- |
| (１)背景・必要性 | *※事業の背景や必要性について、市場や社会の動向、実証実験実施地域の課題、ニーズなどの具体例を示して説明してください。* |
| (２)事業実施により目指す目標 | *※事業実施により何を目指そうとするのかを具体的に説明してください。また、アイデアとして新しい点や特色、及び競合製品やサービスと比べて優れている点（優位性）や差別化されている点等も説明してください。* |
| (３)解決すべき  課題 | *※どのような課題があり、解決するためにどのような製品・サービスの開発を行うのかを説明してください。* |
| (４)実証事項 | *※課題解決の方向性と活用する技術を含めて具体的に記載してください。* |
| (５)事業実施により期待される  効果 |  |
| (６)事業実施後の活動予定 | *※実装に向けたプロセスやスケジュールを含めて記載してください。* |
| (７)関連実績 |  |

**５　補助事業の参加者**

*※コンソーシアム構成員において、補助事業に参加する従業員・職員名等を記入してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組織名 | 役職・氏名 | 補助事業における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**６　実証実験の実施体制図**

|  |
| --- |
| *※事業実施主体であるコンソーシアムにおいて、民間企業等、市町村、大学等による実証実験の実施体制を、その関係性や本事業における役割がわかるように記載してください（図・表を用いて分かりやすくしてください。）。* |

**７　スケジュール**

*※項目は実施内容が分かるように記載してください。*

*※必要に応じて、行を追加し、幅も変更してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 補助事業期間 | | | | | | | | 補助事業期間終了後 |
| 項目 | ７  月 | 8  月 | 9  月 | 10  月 | 11  月 | 12  月 | 1  月 | 2  月 |  |
| ・・・の検証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の実証実験 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の構築  〇年〇月～〇年〇月実施予定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**８　経費明細表**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費明細表を作成してください。*

（名称：　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 種別 | Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | 積算基礎  （税込） |
| 補助事業に  要する経費 | 補助対象経費 | 補助金  交付決定額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |
| 小計① | |  |  |  |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |
| 小計② | |  |  |  |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |
| 外注費 |  |  |  |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |
| 小計③ | |  |  |  |  |
| 合計④(小計①＋②＋③) | |  |  |  |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） | |  |  |  |  |

*※交付要綱別表第２に定める経費区分・種別に応じて記入してください。表の列数や幅・高さは必要に応じて変更してください。*

*※補助対象経費及び補助金交付決定額は税抜き額を記入してください。補助金交付要綱第６条第２項ただし書の規定による交付の申請をする場合は、理由書（任意様式）を添えた上でＢ、Ｂ×補助率欄に税込み額を記入することができます。ただし、その場合でも、補助金交付要綱第12条第２項及び第３項の規定が除外されるものではありません。*

*※「積算基礎」は、「Ａ補助事業に要する経費（税込）」について単価や数量等の経費の内訳を記入してください。*

*※最下段の（1,000円未満の端数切り捨て）欄には、補助金交付決定額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入して*

*ください。*

**９　事業全体に対する資金調達の内訳**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに内訳を作成してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 事業に要する経費 | 資　金　調　達　先 |
| 自 己 資 金  （税込） |  | *（例）〇〇会社* |
| 借　入　金  （税込） |  | *（例）○○銀行* |
| 補　助　金  （税抜） |  | *（例）高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金* |
| そ　の　他  （税込） |  | *（例）ベンチャーキャピタル○○* |
| 合　計　額 |  |  |

（名称：　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

*※「事業に要する経費」補助金（税抜）には経費明細表の補助金交付決定額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を*

*記入してください。*

*※補助金（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

第２号様式（第７条関係）

高知県指令　　　　　第　　号

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

交付決定通知書

様

　　　　年　月　日付けで申請のありました上記補助金については、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第７条第１項の規定により、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事

記

補助金交付決定額　　　金　　　　　　　　　　 　　　　円

　補助対象期間　　　　　　　　年　月　日 から 　　　年　月　日

　　　　　　　　 コンソーシアム構成員

第３号様式（第10条関係）

　　　　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　幹事者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

計画変更承認申請書

　年　月　日付け高知県指令　　　　第　号で補助金の交付の決定通知のありました補助事業の計画（事業内容・経費明細）を下記のとおり変更したいので、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第10条第１項の規定により申請します。

記

１　事業計画名

　　※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　コンソーシアム構成員名

３　変更の理由及び内容

※変更の理由及び内容は詳細に記入してください。

４　変更により見込まれる効果

５　変更後の補助事業に要する経費、補助対象経費及び補助金交付申請額

　　別紙（新旧対比表）及び参考資料のとおり

　　※参考資料として見積書等を添付してください。

　　※必要に応じて変更後の補助事業計画書（第1号様式の別紙１）も提出してください。

第３号様式の別紙（新旧対比表）

**（１）補助事業計画変更経費明細**

＜経費明細表＞　*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費明細表を作成してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （名称：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  | | （単位：円） |
| 経費  区分 | 種別 | 変更前（交付決定額） | | | 変更後 | | | | |
| Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | Ａ | Ｂ | | Ｂ×補助率 | 積算基礎  （Ａ.税込） |
| 補助事業に要する経費 | 補助対象  経費 | 補助金交付決定額 | 補助事業に要する経費 | 補助対象  経費 | | 補助金交付申請額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） | （税込） | （税抜） | | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 小計① | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 小計② | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 外注加工費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |  | |  |  |
| 小計③ | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 合計④(小計①＋②＋③) | |  |  |  |  |  | |  |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） | |  |  |  |  |  | |  |  |

*（注）１　交付要綱別表第２に定める経費区分、種別に応じて記入してください。また、経費区分ごとに小計を記入してください。*

*２　経費内訳、見積書等必要な資料は別途添えてください。*

*３　補助対象経費、補助金交付決定額及び補助金交付申請額（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

**（２）事業全体に対する資金調達の内訳**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに内訳を作成してください。*

（名称：　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 事業に要する経費 | 資　金　調　達　先 |
| 自 己 資 金  （税込） |  |  |
| 借　入　金  （税込） |  |  |
| 補　助　金  （税抜） |  |  |
| そ　の　他  （税込） |  |  |
| 合　計　額 |  |  |

*※補助金（税抜）の「事業に要する経費」には、変更後の補助金交付申請額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を*

*記入してください。*

*※補助金（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

第４号様式（第10条関係）

　　　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　幹事者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金に係る

補助事業中止（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通知がありました補助事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第10条第２項の規定により申請します。

記

１　事業計画名

※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　コンソーシアム構成員名

３　中止（廃止）の理由

※中止（廃止）の理由は詳細に記入してください。

４　中止の期間

　　　　年　月　日　～　　年　月　日

第５号様式（第10条関係）

高知県指令　　　　　第　　号

様

　　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

計画変更等承認（不承認）通知書

　　　　年　月　日付けで承認申請のありました補助事業の計画変更（中止・廃止）については、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第10条第３項の規定により、これを承認（不承認）することとしましたので通知します。

　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事

記

既交付決定額（Ａ）　　金　　　　　　　　　　　　　　円

変更交付決定額（Ｂ）　　金　　　　　　　　　　　　　　円

差額（Ｂ）―（Ａ）　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

第６号様式（第11条関係）

　　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　幹事者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　　　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

遂行状況報告書

　　　　年　月　日付け高知県指令　　　　第　号で補助金の交付の決定通知がありました補助事業の遂行状況について、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第11条の規定により下記のとおり報告します。

記

１　事業計画名

※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　コンソーシアム構成員名

３　補助事業の実施状況

*※交付申請時のスケジュールに沿って具体的に記述してください。また、当初のスケジュールに対して遅延しているか否かについて記述してください。遅延している場合は、その理由を記述してください。*

*※別紙を添えることも可とします。*

４　事業化の見通し

*※実施状況によって交付申請時の事業化の見通しに変更が生じている場合は、変更後の事業化の見通しについて具*

*体的に記述してください。*

５　経費の支出状況

　　別紙のとおり

第６号様式の別紙

経費支出明細表

（１）支払済

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費支出明細表を作成してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （名称：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | （単位：円） |
| 経費  区分 | 種別 | 補助金  交付決定額 | Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | 積算基礎  （Ａ.税込） |
| 補助事業に要した経費 | 補助対象経費 | 補助金額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |  |
| 小計① |  |  |  |  |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |  |
| 小計② |  |  |  |  |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |  |
| 外注加工費 |  |  |  |  |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |  |
| 小計③ |  |  |  |  |  |
| 合計④（小計①＋②＋③） | |  |  |  |  |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） | |  |  |  |  |  |

*（注）１　交付要綱別表第２に定める経費区分、種別に応じて記入してください。また、経費区分ごとに小計を記入してください*

*２　「積算基礎」欄は「補助事業に要した経費（税込）」について単価や数量等の経費の内訳を明確に記入してください。*

*３　補助対象経費及び補助金額における（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

*４　最下段の（1,000円未満の端数切り捨て）欄には、補助金額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入してく*

*ださい。*

（２）支払予定

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費支出明細表を作成してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （名称：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | （単位：円） |
| 経費  区分 | 種別 | 補助金  交付決定額 | Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | 積算基礎  （Ａ.税込） |
| 補助事業に要する経費 | 補助対象経費 | 補助金額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |  |
| 小計① |  |  |  |  |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |  |
| 小計② |  |  |  |  |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |  |
| 外注加工費 |  |  |  |  |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |  |
| 小計③ |  |  |  |  |  |
| 合計④（小計①＋②＋③） | |  |  |  |  |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） | |  |  |  |  |  |

*（注）１　交付要綱別表第２に定める経費区分、種別に応じて記入してください。また、経費区分ごとに小計を記入してください。*

*２ 「積算基礎」欄は、「補助事業に要する経費（税込）」について単価や数量等の経費の内訳を明確に記入してください。*

*３　補助対象経費及び補助金額における（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

*４　最下段の（1,000円未満の端数切り捨て）欄には、補助金額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入して*

*ください。*

第７号様式（第12条関係）

　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　幹事者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

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通知がありました補助事業を完了（廃止・中止）したので、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第12条第１項の規定により、下記のとおり実績を報告します。

記

１　事業計画名

　　※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　コンソーシアム構成員名

３　補助金交付決定額等

（１）補助金交付決定額 円（税抜）

（２）補助事業に要した経費 円（税込）

（３）補助対象経費 円（税抜）

（４）補助金額 円（税抜）

４　補助事業実施期間

　　　　年　月　日　～　　　年　月　日

５　事業の実績報告

　　別紙のとおり

６　添付書類

　（１）交付要綱第15条に規定する取得財産等管理台帳（別記第10号様式）

*※該当の財産がある場合のみ添付してください。*

（２）高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金実施要領第４号様式及び第５号様式の経費区分別明細書及びその添付書類

（３）（２）の他、写真等実績報告書の参考となる書類

*※該当する書類があれば添付してください。*

第７号様式の別紙

１　補助事業費内訳

（１）経費支出明細

＜経費明細表＞

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費明細表を作成してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | （単位：円） | |
| 経費  区分 | 種別 | 予算額（交付決定額又は変更申請額） | | | 実績額 | | | |
| Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | Ａ | Ｂ | | Ｂ×補助率 |
| 補助事業に要する経費 | 補助対象  経費 | 補助金交付決定額 | 補助事業に要した経費 | 補助対象  経費 | | 補助金額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） | （税込） | （税抜） | | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |  | |  |
| 小計① | |  |  |  |  |  | |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |  | |  |
| 小計② | |  |  |  |  |  | |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |  | |  |
| 旅費 |  |  |  |  |  | |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |  | |  |
| 外注加工費 |  |  |  |  |  | |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |  | |  |
| 委託費 |  |  |  |  |  | |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |  | |  |
| 小計③ | |  |  |  |  |  | |  |
| 合計④(①＋②＋③) | |  |  |  |  |  | |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） | |  |  |  |  |  | |  |

*（注）１　交付要綱別表第２に定める経費区分、種別に応じて記入してください。また、経費区分ごとに小計を記入してください。*

*２　経費内訳等必要な資料は別途添えてください。*

*３　補助対象経費、補助金交付決定額及び補助金額における（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更して*

*ください。*

*４　最下段の（1,000円未満の端数切り捨て）欄には、予算額の補助金交付決定額（合計④）及び実績額の補助金額（合計④）*

*の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入してください。*

（２）**事業全体に対する資金調達の内訳**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに内訳を作成してください。*

（名称：　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 事業に要した経費 | 資　金　調　達　先 |
| 自 己 資 金  （税込） |  |  |
| 借　入　金  （税込） |  |  |
| 補　助　金  （税抜） |  |  |
| そ　の　他  （税込） |  |  |
| 合　計　額 |  |  |

*※補助金（税抜）の「事業に要する経費」には、実績額の補助金額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入して*

*ください。*

*※補助金（税抜）表示は、税込み額を記入する場合は（税込）に変更してください。*

２　補助事業の事業成果等

|  |
| --- |
| a）事業概要  *※実施した事業概要とその結果を記入してください。* |
| b）実証実験によって明らかになった課題  *※a)の内容を受けて、明らかになった課題を記入してください。* |
| c）事業化の見込み  *※事業化につながっていればその状況を、事業化前であれば事業化に至るまでの計画や見込みを記入してください。* |

（１）　事業の成果

（２） 知的財産権の出願・取得状況　　*※この事業によって得られた成果を記入してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 出願日 | 出願番号 | 出願人 | 審査請求日 | 登録番号 | 技術内容 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*（注）　１　種類欄には、特許権・実用新案権・意匠権・著作権(著作権のうちプログラム著作権の場合は「著作権Ｐ」とする。）等*

*の種類を記入してください。*

*２　外国特許の場合は、種類の先頭に出願国（ＰＣＴルールに準拠したアルファベット２文字の国名表記とする。）を記入し*

*てください。*

*３　備考欄には、知的財産権等の取得に係る最新状況や、譲渡及び実施権設定の場合は、相手先（名称、住所及び電話）及び*

*条件（契約日、契約期間及び金額等）を具体的に記入してください。*

３　ロードマップ（実績）

*※交付申請時のロードマップと*実績を対比*してください。*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 補助事業期間 | | | | | | | | 補助事業期間終了後 |
|  | 項目 | ７  月 | 8  月 | 9  月 | 10  月 | 11  月 | 12  月 | 1  月 | 2  月 |  |
| 当初計画 | ・・・の検証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の実証実験 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の構築  〇年〇月～〇年〇月実施予定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実績 | ・・・の検証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の実証実験 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の構築  〇年〇月～〇年△月  実施予定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*※必要に応じて、行を追加し、幅も変更してください。*

第８号様式（第12条関係）

　年　月　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金に係る

消費税仕入控除税額等報告書

　　高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第12条第３項の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　事業計画名

　　※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　補助金額

３　補助金の確定時における消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（Ａ）

４　消費税及び地方消費税の確定に伴う補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（Ｂ）

５　補助金返還相当額（Ｂ）－（Ａ）

*（注）１　別紙として積算の内訳を添えてください。*

*２　課税事業者であっても、単純に補助金の10%相当額が消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額による減額等の対象額ではありません。*

第９号様式（第13条関係）

高知県指令　　　　　第　　号

様

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金

確定通知書

　　　　年　月　日付けで報告のありました補助事業については、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第13条の規定により、下記のとおり確定しましたので通知します。

　　　年　月　日

高知県知事

記

１　事業計画名

　２　コンソーシアム構成員名

　３　確定内容

補助金交付決定額 　円（税抜）

補助事業に要した経費 　　 円（税込）

補助金確定額 　　　円（税抜）

精算額 　　　円（税抜）

第10号様式（第15条関係）

補助事業者名：

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金に係る取得財産等管理台帳

（取得財産等明細書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産種別 | 財産名 | 数量 | 単価 | 金額 | 取得年月日 | 保管場所 | 耐用年数  （処分制限期間） | 備考 |
| 機械装置 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 無体財産権（知的財産権等を他社から取得した場合） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 試作開発の成果（試作品等）※効用の増加を含む。 |  |  |  |  |  |  |  |  |

*（注）　１　対象となる取得財産等は、交付要綱第15条に定める財産とします。*

*２　試作開発の成果（試作品等）を無償譲渡・無償貸与・無償供与した場合は、その試作品等ごとに、保管場所欄に譲渡・貸与・*

*供与先を記入し、備考欄に無償譲渡、無償貸与、無償供与のいずれかとその日付を記入してください。*

*３　効用の増加とは、本事業の成果（試作品等）を製作するに当たり使用した補助対象物件について、構成要素として利用した*

*原材料費、機械装置費、外注加工費、委託費等の購入価格の合計（機械装置費だけではありません）が50万円（税込）以上*

*となる場合のことです。*

*４　高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金実施要領第９条第１項第１号に定める内容が確認できる写真を添付して*

*ください。*

第11号様式（第16条関係）

　年　月　日

※処分希望日より前の日付を記載

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所（郵便番号及び本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職及び氏名）

　年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金に係る

財産処分承認申請書

　　　年　月　日付け高知県指令　　　　第　号で補助金の交付の決定通知がありました補助事業により取得した財産を下記のとおり処分したいので、高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金交付要綱第16条第１項の規定により、申請します。

記

１　事業計画名

　　※補助金交付申請書と同じ事業計画名を記入してください。

２　取得財産の品目及び取得年月日

　　　品　　　目　：

　　　取得年月日　：　　　年　月　日

　３　取得価格及び時価

　　　取得価格　　　 　　　　　　　　　円（税抜）

　　　　※補助金で購入した処分する機械・設備の金額を記入してください。

　　　時　　価　　　　　　　　　　　　 円（税抜）

　　　　※残存簿価相当額（又は収益額、鑑定額）を記入してください。

　４　処分の方法

　５　処分の理由