別記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　 　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　住　　　　　所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　　　　　　　　　 　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　 ）

高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付申請書

　高知県補助金等交付規則第３条及び高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第４条の規定により、高知県災害医療救護体制強化事業費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　補助申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助事業の目的及び内容（概要）

　　　　目的：

　　　　内容：

３　添付書類

(１) 経費所要額調（別紙１のとおり）

(２) ＢＣＰチェックリスト(別紙２)　※ＢＣＰ策定が補助要件となる場合（ＢＣＰも併せて提出してください）。

(３) 事業計画書（医療機関等災害対策強化支援事業は別紙３－１、医療救護活動強化支援事業は別紙３－２、ＤＭＡＴ資機材整備事業は別紙３－３、ＢＣＰ策定等支援事業は別紙３－４、ＮＢＣ災害・テロ対策設備整備事業は別紙３－５）

(４) 見積書（２者以上）

(５) 収入支出（歳入歳出）予算書の抄本（別紙４のとおり）

(６) 防災計画や災害対応マニュアル等を併せて提出してください。

(７) （１）から（６）までに掲げるもののほか、参考となる書類（パンフレット等）

(８） 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）の滞納がない旨を証する納税証明書（発行後３か月以内のもの）又は県税完納情報の提供に係る同意書（※１）、本人確認書類の写し（※２）若しくは県税の納付義務がない場合は、その旨の申立書。

　　　※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。

（注） 補助事業者名は、「○○法人○○会　理事長○○○」等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・支店名：

口座種別：（　普通　・　当座　）

口座番号：

口座名義人（カナ）：

第２号様式（第６条関係）

第　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　 所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 ）

高知県災害医療救護体制強化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、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第６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　変更内容及びその理由（概要）

　　　　変更内容：

　　　　理由：

２　変更後の補助金交付額

　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

(１) 変更後経費所要額調（別紙１のとおり）

(２) 変更後事業計画書（医療機関等災害対策強化支援事業は別紙２－１、医療救護活動強化支援事業は別紙２－２、ＤＭＡＴ資機材整備事業は別紙２－３、ＢＣＰ策定等支援事業は別紙２－４、ＮＢＣ災害・テロ対策設備整備事業は別紙２－５）

(３) 変更後収入支出（歳入歳出）予算書(見込み)の抄本(別紙３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（パンフレット等）

（注） 事業計画の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６条関係）

第　　　　　　　号

　　　年　　　月　　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　 所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

高知県災害医療救護体制強化事業中止（廃止）承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　　第　　号で補助金の（変更）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、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第６条第３号の規定により申請します。

記

　１　中止（廃止）理由（具体的に記載）

第４号様式（第６条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

高知県災害医療救護体制強化事業遅延報告書

　　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の完了遅延について、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第６条第４号の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　事業の種類及び内容（概要）

　　　　種類：

　　　　内容：

２　遅延の内容及び原因

　　　　内容：

　　　　原因：

３　変更後の事業の完了予定日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

第５号様式（第９条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　高知県知事　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）

高知県災害医療救護体制強化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（変更）交付の決定を受けました事業が完了しましたので、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

１　事業の種類及び内容（概要）

　　　　種類：

　　　　内容：

２　添付書類

(１) 経費所要額精算書（別紙１のとおり）

(２) 事業実績報告書（医療機関等災害対策強化支援事業は別紙２－１、医療救護活動強化支援事業は別紙２－２、ＤＭＡＴ資機材整備事業は別紙２－３、ＢＣＰ策定等支援事業は別紙２－４、ＮＢＣ災害・テロ対策設備整備事業は別紙２－５）

(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３のとおり）

(４) 補助対象事業の概要を示す写真　※ＢＣＰ策定事業の場合は不要。備蓄倉庫の場合は、備蓄物資を保管した状態の写真を添付

(５) 契約書等の写し

(６) 検査調書又は納品書の写し

(７) 入札又は相見積もりに関する資料

(８)　策定したBCP　※ＢＣＰ策定事業の場合

(９) （１）から（８）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

住　　　　　　所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

消費税及び地方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（変更）交付の決定がありました高知県災害医療救護体制強化事業費補助金について、高知県災害医療救護体制強化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　病院の名称

２　内容

|  |  |
| --- | --- |
| 高知県補助金等交付規則第12条の規定による補助金の確定額（補助金交付決定額） | 円 |
| 事業報告時に減額した消費税仕入控除税額等 | (ａ)  円 |
| 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等 | (b)  円 |
| 補助金返還相当額 | (b)－(a)  円 |

（注） 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳、国税還付金振込通知書（写し）

その他参考となる資料を添えてください。

第７号様式（第10条関係）

第　　 　　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　 所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

高知県災害医療救護体制強化事業費補助金繰越承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　　第　　　号で交付の決定がありました高知県災害医療救護体制強化事業費補助金は、　　　年度内にこれを完了することが困難になりましたので、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第10条第１項の規定により、下記のとおり当該事業費を翌年度に繰り越しして事業を実施したく申請します。

記

１　繰越金額　　　　　　　　　　　　　円

２　繰越理由

３　事業完了予定年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

４　添付書類

　　（１）繰越計算書（別紙１）

第８号様式（第10条関係）

第 　号

　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　 所

補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (対象施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

年度終了実績報告書

　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　　第　　　　号で（変更）交付の決定がありました高知県災害医療救護体制強化事業費補助金について、高知県災害医療救護体制強化事業費補助金交付要綱第10条第２項の規定により、関係書類を添えて報告します。

　　　　添付書類

１ 事業進捗状況報告書（別紙１）

２ 契約書の写し