第１号様式（第10条関係）

高知県指令　　高　　第　　号

　　　　年度高知県戦略的製品開発推進事業費補助金に係る

不採択決定通知書

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、高知県戦略的製品開発推進事業費補助金実施要領第10条第３項の規定に基づき、下記のとおり不採択と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

不採択とする理由

以上

第２号様式（第10条関係）

高知県指令　高　　第　　号

様

　　　　年度第　回高知県戦略的製品開発推進事業費補助金の審査結果について（通知）

　年　　月　　日付けで申請のありました上記補助金については、高知県戦略的製品開発推進事業費補助金実施要領第10条第４項の規定に基づき、実施下記の通り保留と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

１．保留とする理由

２．審査会で指摘のあった事項

３．本案件の再申請期限は、　　　　年　　月　　日です。

本件について再度申請を行う場合は、申請書等を改めてご提出いただき、審査会でのプレゼンテーション及び質疑応答を行ったうえで採否を判断させていただきます。

つきましては再度申請を行う場合は、上記の点に留意して、改めて申請書等をご提出くださいますようお願いします。なお、期限までに提出のない場合は申請を取り下げたものとみなします。

（納税証明書、決算書等の添付資料は不要です。ただし、申請書等で上記内容が明確になっていると事務局が判断できない場合には、申請を受理しないことがありますのでご注意ください。）

以上

第３号様式（第11条関係）

実績報告書　別紙

|  |
| --- |
| 1　事業の概要　　（注）実施した補助事業の内容と成果等について、200字程度で簡潔にまとめて記入してください。 |
| 2　事業の具体的内容（文字数の制限なし。）（注）補助金交付申請書における現場の課題に対し、どのように取り組んだかを記入し、申請時から事業実施場所が変更になった場合は、その理由や実際に実施した住所等を記入してください。また、事業の成果および事業で使用した原材料、機械装置等について写真等を用いて明確にしてください。 |
| 3　事業の成果（文字数の制限なし。）補助事業を行ったことで得られた成果 |
| 4　実施体制（注）実施した補助事業に従事した者のそれぞれが担った役割を記載した実施体制図を簡潔に記入してください。 |
| 5　スケジュール　　　（注）どのようなスケジュールで事業を進めたかを記入してください。 |

|  |
| --- |
| 第４号様式（第11条関係）費目別支出経費明細書 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 経費区分 | 種別(費目) |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  |  |  |
|  |  |  | 　 |  |  |  |
| 管理No. | 支払年月日 | 支払先 | 内容 | 補助事業に要した経費（税込） | 補助対象経費（税抜） |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合　計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (合計)補助事業に要した経費 | 　 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 補助対象経費 | 　 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(注) １　支出明細は、機械装置費、原材料費等「種別（費目）」別に、必要に応じて管理No.を追加したりシートを複製してください。

　　　　ただし、直接人件費のみ別様式で記入してください。

２　「経費区分」欄は、費目に該当する機器設備費、事業費を記入してください。

３　添付する証拠書類（契約書、見積書、発注書、納品書、請求書、領収書等の写し）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して各

支出明細書の後に添えてください。

　４　旅費について公共交通機関の利用による移動が合理的でない場合等においてその他の手段を利用した場合、その証明ができる

資料（理由書等）を添付してください。

第５号様式（第12条関係）

　　　　　年　　月　　日

誓　　約　　書

高知県知事　様

申請者住所（本社所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　法人名

 代表者　職・氏名（自署）

　　　　　　 　※自署に代えて記名・押印も可

補助事業等の成果を活用して実施する事業に使用するための取得財産の処分申請書を提出するに当たり、下記事項を遵守することを誓約します。

　なお、これに違反し、又は相違のあった場合は、当該申請に係る承認の無効、補助金の返納等の処置をとられても、一切の異議の申立てをしません。

記

１　高知県戦略的製品開発推進事業費補助金により取得した財産は、当該補助事業等の成果を活用して実施する事業にのみ転用します。

２　高知県戦略的製品開発推進事業費補助金交付要綱第15条第１項に定める期間中に当該財産を再度処分する場合は、再申請を行います。

第６号様式（第12条関係）

　　　　年　　月　　日

高知県知事　　様

住　所

法人名

代表者氏名

高知県戦略的製品開発推進事業費補助金により開発した財産等の処分について（報告）

　年　月　日付け　　第　　　号で補助金の交付決定通知がありました補助事業により開発した製品・技術等について、下記のとおり処分することを報告します。

記

事業計画名：

処分する財産：

処分の内容：

処分に至った理由及び経緯：

処分予定時期：

（有償譲渡の場合）譲渡予定金額：

別　紙

直接人件費を計上する際の関係書類等について

直接人件費とは、補助事業に直接従事する者が作業業務に携わった時間（以下「補助事業従事時間」という。）に対する人件費が対象となります。ここで、補助事業に直接従事する者とは、補助事業者と雇用契約が結ばれている者に限ります。

１　直接人件費の積算

補助事業における直接人件費は、（１）に規定する方法により算定した時間給額に、（２）に規定する方法により算定した補助事業従事時間を乗じて算出します。

（１）時間給額の算出方法

補助事業の交付申請段階と実績報告段階とでは、次に掲げるとおり算出方法が異なります。

①　補助金交付申請書提出段階（時間給額の仮設定）

　　　「補助事業従事者の時間給算出表－１」において次に掲げるとおり計算を行い、時間給額の仮設定

　　をしてください。

（ア）健保等級適用者は、交付申請時点の健保等級を基に経済産業省大臣官房会計課が作成する等級単価一覧表（以下、｢人件費単価一覧表」という。｣で時間給額を仮設定します。

（イ）健保等級適用外で年額給与又は月額給与の者は、雇用契約に明記された年額給与又は月額給与を基に、「人件費単価一覧表」より該当する時間給額を仮設定します。

（ウ）健保等級適用外で日給給与の者は、雇用契約書に規定された日給額を所定労働時間で除した額を人件費単価とします。通勤費を支給される場合は、日給額に通勤費日額を加算して時間給額を算出します。

（エ）健保等級適用外で時間給給与の者は、雇用契約書に規定された時間給額とします。通勤費を支給される場合は、通勤費日額を所定労働時間で除した額を時間給額に加算します。

②　実績報告書提出段階（時間給額の確定）

「補助事業従事者の時間給算出表-2」において次に掲げるとおり計算を行い、時間給額を確定してください。

（ア）健保等級適用者は、補助事業期間中の健保等級実績を基に「人件費単価一覧表」で人件費単価を確認してください。この人件費単価と、直近１年間の賃金台帳による実質時間単価を比べ、低い額が時間給額となります。

（イ）健保等級適用外で年額給与又は月額給与の者は、契約金額と直近１年間（勤続期間1年未満の者にあっては在勤中とする。）の賃金台帳を基にした(実績）金額を比べ、低い額で「人件費単価一覧表」より該当する時間給額を確定します。

（ウ）健保等級適用外で日給給与者は、雇用契約書に規定された日給額を所定労働時間で除した額を時間給額として確定します。通勤費を支給された場合は、日給額に通勤費日額を加算して時間給を確定します。

（エ）健保等級適用外で時間給給与者は、雇用契約書に規定された時間給額として確定します。通勤費を支給された場合は、通勤費日額を所定労働時間で除した額を時間給額に加算して時間給を確定します。

（２）補助事業従事時間の算出について

　　（１）と同様に、交付申請書提出段階と実績報告書提出段階では、算出方法が異なります。

①　交付申請書提出段階（補助事業従事時間の仮設定）

補助事業期間中の補助事業従事者の活動計画を立て、補助事業従事時間を設定してください。

②　実績報告書提出段階（補助事業従事時間の確定）

補助事業従事者ごとに実績時間を集計、把握してください。また、証拠書類として補助事業作業月報等を準備してください。

また、補助事業従事時間の算出に当たっては、次に掲げる事項にご注意ください。

（ア）役員及び年俸制の場合は、就業規則等に定める１日の所定労働時間数を超えて補助事業に従事しても、就業規則上の１日の所定労働時間を直接人件費の対象の上限とします。

（イ）役員及び個人事業の代表者の場合は、健保等級19級の単価を、上限の単価とします。

（ウ）時間外勤務、休日出勤等を行った場合は、補助事業従事時間の算出に当たり補助事業主から補助事業従事者への時間外勤務手当、休日出勤手当又はこれらに類する手当が支払われていないと補助対象経費とは認められません。

（エ）補助事業従事時間からは、次に掲げる時間を除きます。

a　出張等の移動時間

b　昼休み時間及び休憩時間

c　高知県との打合せ

d　就業時刻に遅刻又は早退をした時間

e　販路開拓関連の業務

f　見本市出展関連の業務（ただし、製品開発に必要な顧客評価取得等を目的とする場合はその目的が確認できた場合対象となることがある。）

g　一般従業者への研修及び訓練

h　補助金申請書等（試作開発や改良の記録の整理を含む。）の作成業務

i　経理担当者の作業時間

j　その他補助事業以外の業務に従事した時間

２　直接人件費を計上している場合に必要となる関係書類について

交付申請書及び実績報告書提出時等においては、直接人件費に係る計算の適正を確認するために、下表に掲げる書類をそれぞれ添付して知事に提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 直接人件費に係る整理保管等書類 | 交付申請時の提出書類 | 実績報告時の提出書類 | 備考 |
| 補助事業従事者一覧表【人件費様式１】 | ○ | ○ |  |
| 就業規則及び給与規程（写し） | ○ |  |  |
| 補助事業従事者の時間給額算出表 | 算出表-１【人件費様式2】 | 算出表-２【人件費様式3】 |  |
| 雇用契約書（時間給、日給、月額、年額等の給与契約者（写し）） | ○ | 　　　○ | 該当者がいる場合のみ |
| 労務費明細書【人件費様式4】 |  | ○ |  |
| 年間所定労働時間算出表【人件費様式5】及び労働基準監督署に提出した就業カレンダー（写し） | ○ |  |
| 健保等級証明書（原本）【人件費様式6】※被保険者標準決定通知書、同改訂通知書等（写し） | ○ | 健保等級適用者のみ |
| 賃金台帳又は【人件費様式7】（原本） | ○ |  |
| 補助事業期間中の給与支払書類（写し） | ○ | 補助事業期間中のみ |
| 補助事業作業月報【人件費様式8】（原本） | ○ |  |
| 法人の場合、全ての役員の氏名が分かる書類 | ○ |  |  |
| 組織図 | ○ | ○ |  |

【人件費様式１】

補助事業従事者一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 役　職 | 氏　名 | 時間給額の適用区分 | 役員 |
|  | 　 | 　 |  |  |
|  | 　 | 　 |  |  |
|  | 　 | 　 |  |  |
|  | 　 | 　 |  |  |
|  | 　 | 　 |  |  |

(注)：時間給額の適用については、次の区分で記載してください。

　　　なお、役員については役員欄に○を記入してください。

Ａ：健保等級適用者

Ｂ－ａ：健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

Ｂ－ｂ：健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

Ｂ－ｃ：健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

Ｂ－ｄ：健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

 【人件費様式２】

補助事業従事者の時間給算出表－１【補助金交付申請書添付用】

 Ａ　健保等級適用者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 健保等級に基づく時間給額 |
| 健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ｂ－ａ健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年額給与契約額 | 健保等級に基づく時間給額 |
| 相当健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約年額給与を基に相当健保等級と時間給額を記入してください。

Ｂ－ｂ健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 月額給与契約額 | 健保等級に基づく時間給額 |
| 相当健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約月額給与を基に相当健保等級と時間給額を記入してください。

Ｂ－ｃ健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 日額給与 | 通勤単価(\*1) | 合計額 | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ）＝Ａ+Ｂ | （Ｄ） | （Ｅ）＝Ｃ/Ｄ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約日額給与及び通勤手当を基に時間給額を記入してください。

(\*1)　通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2)　小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ｄ健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | (契約)時間給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　交付申請時点の契約日額給与及び通勤手当を基に時間給額を記入してください。

(\*1)　通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2)　小数点以下は、切り捨ててください。

【人件費様式３】

補助事業従事者の時間給算出表－２【実績報告書添付用】

 Ａ　健保等級適用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間所定労働時間　　時間　　分(B)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　氏　名 | 健保等級に基づく時間給額 | 賃金台帳（実績）による検証 |
| 年/　月～　月 | 年間給与額（実績）(A) | 相当時間給額(A/B) (\*) |
| 健保等級 | 時間給額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)１　実績報告書に健保等級証明書及び賃金台帳を添付し、提出してください。

２　賃金台帳による検証の結果、相当時間給額が健保等級に基づく時間給額を下回った場合は、相当時間給額を時間給額の確定額としてください。

(\*)　小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ａ健保等級適用以外の者で、年額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年額給与契約額 | 賃金台帳（実績年額） | （Ａ）又は（Ｂ）の少額の方の健保等級 | 時間給額 |
| （Ａ） | （Ｂ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　実績報告書に雇用契約書（年額給与額明記）及び賃金台帳を添付し、提出してください。

Ｂ－ｂ健保等級適用以外の者で、月額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 月額給与契約額 | 賃金台帳（実績月額） | （Ａ）又は（Ｂ）の少額の方の健保等級 | 時間給額 |
| （Ａ） | （Ｂ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 (注)１　実績報告書に雇用契約書（月額給与額明記）及び賃金台帳を添付し、提出してください。

２　賃金台帳の該当期間は、直近1年間、1年未満の場合は、直近6月間を対象期間としてください（賞与の月間

　均等化のため）。

Ｂ－ｃ健保等級適用以外の者で、日額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　氏　名 | (契約)日額給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　事業終了時の実績報告書に雇用契約書（日額給与額及び通勤手当額明記）を添付し、提出してください。

(\*1) 通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2) 小数点以下は、切り捨ててください。

Ｂ－ｄ健保等級適用以外の者で、時間給額で給与が定められている者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　氏　名 | (契約)時間給額 | 通勤単価(\*1) | 所定労働時間 | 時間給額(\*2) |
| （Ａ） | （Ｂ） | （Ｃ） | （Ｄ）＝Ａ+Ｂ/Ｃ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　事業終了時の実績報告書に雇用契約書（時間給与額及び通勤手当額明記）を添えて、提出してください。

(\*1) 通勤単価とは、雇用契約書に通勤手当が規定されている者を対象に、1日当たりの通勤手当から消費税及び地方消費税相当額を除した額をいいます。

(\*2) 小数点以下は、切り捨ててください。

【人件費様式４】

労務費明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　経費区分 | 　種別（費目） |
| 労務費 | 直接人件費 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従事者氏名 |  |  |  |
| 健保等級等 |  |  |  |
|  | 時間単価（A） | 本事業従事時間（B） | 人件費（A×B） | 時間単価（A） | 本事業従事時間（B） | 人件費（A×B） | 時間単価（A） | 本事業従事時間（B） | 人件費（A×B） |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （人件費合計）補助事業に要した経費 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 補助対象経費 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 補助金の額 | 　　　　　　　　　　　円 |

(注)１　健保等級適用者の必要な証拠書類（補助事業作業月報、健保等級証明書、賃金台帳等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務明細書の後に添えてください。

２　健保等級適用者以外で年額給与又は月額給与の方の必要な証拠書類（補助事業作業週報、雇用契約書、賃金台帳等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務費明細書の後に添えてください。

３　健保等級適用者以外で日額又は時給の方の必要な証拠書類（補助事業作業週報、雇用契約書、給与明細書、給与支払証明書等）の右上に管理No.を記入し、順番に整理して労務費明細書の後に添えてください。

４　「人件費対象者」は、交付決定通知書及び計画変更承認等通知書で対象とした方のみです。計画変更承認の申請をし、承認を受けていない方の人件費は、対象外です。

５　「補助対象経費」欄は、消費税が含まれていないことを確認してください。

【人件費様式５】

年間所定労働時間算出表

事業開始月から終了月の就業規則に基づく休日にハッチング(色付け■）し、就業時間各月ごとに所定就業日数を以下の（　）内に記入してください。また、直近１年間の就業時間（A）、就業日数（B）、年間所定労働時間（C＝A×B）を【直近１年間の実績】欄に記入してください。

※カレンダーは、事業開始月から終了月に合わせて適宜変更してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **R7/4月** | （日数２１日） |  |  | **R7/5月** | （日数２０日） |  |  | **R7/6月** | （日数２１日） |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  | 1 | 2 | 3 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |  | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | 29 | 30 |  |  |  |  |  |
| R7/7月 | （日数２３日） |  |  | R7/8月 | （日数２０日） |  |  | R7/9月 | （日数２０日） |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |  | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |  | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  | 28 | 29 | 30 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R7/10月 | （日数２２日） |  |  | R7/11月 | （日数１８日） |  |  | R7/12月 | （日数２３日） |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |  | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |  | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R8/1月 | （日数２０日） |  |  | R8/2月 | （日数１８日） |  |  | R8/3月 | （日数２１日） |  |
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  |  |  | 1 | 2 | 3 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |

【直近１年間の実績】

◆就業時間（Ａ）

・就業時間○：○○～○：○○（○）時間（休憩時間○：○○～○：○（○）時間）

◆就業日数（B）

・合計（○）日

◆年間所定労働時間（C＝A×B）

・合計（○）時間

【人件費様式６】

健保等級証明書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 健　保　等　級 |
| 補助事業従事者　氏名 | ○月～○月 | ○月～○月 | 備考 |
| ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |
| ○○　○○ |  |  |  |

　　年　　月　　日

　　高知県戦略的製品開発推進事業費補助金の補助事業従事者に係る健保等級について、上記のとおり証明します。

 法人名

 部署名

 証明者氏名 （自署）

 (注)　事業の開始月、新規の登録補助事業従事者の従事開始月及び健保等級に改定がある月については、必ず記入してください。

【人件費様式７】

補助事業従事者の直接人件費にかかる賃金台帳

※事業開始月から終了月の期間に合わせて、様式を適宜変更してください。 部署名　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年** | 4月 | 5月 | 6月 | 賞　与 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 賞　与 | 1月 | 2月 | 3月 | 合　計 |
| 基本給 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家族手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住居手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通勤手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役付手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職階手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 早出手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 残業手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 皆勤手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 能率手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精算手当 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 役員報酬の内給与相当分 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 総支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 厚生年金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 雇用保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住民税 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所得税 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 控除額計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 差引支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

高知県戦略的製品開発推進事業費補助金にかかわる標記の補助事業従事者の給与実績は、上記のとおりであることを証明します。

**年　　月　　日　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　部署・役職名　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者氏名（自署）**