別記

第１号様式（第６条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付申請書

　補助金の交付について、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助事業実施期間

　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

３ 添付書類

（１）経費所要額調書（別紙１）

（２）事業計画書（別紙２）

（３）協働化・大規模化等による職場環境改善事業事業計画様式（別紙３）

（４）収支予算書（別紙４）

（５）補助事業実施に関する協定書（別紙５）

（６）県税の滞納がないことを証する納税証明書

 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）

　　　（注）事業者グループを構成する全ての法人分

※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。

（７）その他参考となる資料（事業実施内容が分かる書類や支出にかかる見積書等）

第２号様式（第７条関係）

 　　第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金にかかる

補助事業の変更承認申請書

年　　月　　日付け　第　　号で補助金の交付の決定がありました事業について、下記のとおり変更して実施したいので、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第７条第１号の規定により、承認を申請します。

記

１　補助金変更交付申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既交付決定額（Ａ） | 変更交付申請額（Ｂ） | 差引き増減額（Ｂ）－（Ａ） |
| 円 | 円 | 円 |

２　変更の理由

３　変更の内容

４ 添付書類

（１）経費所要額調書（変更）（別紙１）

（２）事業計画書（変更）（別紙２）

（３）協働化・大規模化等による職場環境改善事業事業計画様式（別紙３）

（４）収支予算書（変更）（別紙４）

（５）その他参考となる資料（事業実施内容が分かる書類や支出にかかる見積書等）

第３号様式（第７条関係）

 第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金に係る

補助事業の中止（廃止）承認申請書

　　　年　　月　　日付け　第　　号で補助金の（変更）交付の決定がありました事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第７条第２号の規定により、承認を申請します。

記

１　中止（廃止）する理由

２　中止の期間（廃止の時期）

（注）申請する内容に応じて括弧内を適宜修正してください。

第４号様式（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金に係る

補助事業の遅延等報告書

　　　年　　月　　日付け　第　　号で補助金の（変更）交付の決定がありました事業の遅延等について、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第７条第３号の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　補助事業の進捗状況

２　遅延等の内容及び原因

３　遅延等に対する措置

４　補助事業の遂行及び完了の予定

第５号様式（第８条関係）

第　　　　 号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金概算払請求書

　　　年　　月　　日付け　第　　号で（変更）交付の決定がありました補助事業について、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第８条第２項の規定により、下記のとおり概算払を請求します。

記

１　概算払請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定額（Ａ） | 円 |
| 既交付額（Ｂ） | 円 |
| 今回請求額（Ｃ） | 円 |
| 残　　額（Ａ）－（Ｂ）－（Ｃ） | 円 |

２　概算払が必要な理由

３　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
|  |  |  |  |  |

（注）資金計画が分かる資料を添付してください。

第６号様式（第９条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金に係る

補助事業の実績報告書

　　　年　　月　　日付け　第　　号で補助金の（変更）交付の決定がありました補助事業を完了しましたので、高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金実績額 　 　　　　 　円

３　補助事業実施期間

　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

４　添付書類

（１）経費所要額精算書（別紙１）

（２）事業実績書（別紙２）

（３）収支決算書（別紙３）

（４）その他参考となる資料（事業実施内容が分かる書類や、経費の支出が確認できる書類（契約書、納品書及び領収書の写し等）等）

第７号様式（第９条関係）

 　第　　　　　号

年　　月　　日

　高知県知事　　　　　　　　様

事業者グループ名：

申請代表法人

法人住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

令和　年度高知県介護サービス事業者協働化支援事業費補助金に係る

消費税仕入控除税額等報告書

高知県介護サービス事業者協働化支援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　補助金確定額 | 円 |
| ２　補助金の額の確定時における消費税仕入控除税額等 | 円 |
| ３　消費税額及び地方消費税額の確定に伴う補助金に係る消費税仕入控除税額等 | 円 |
| ４　補助金返還相当額（３－２） | 円 |

（注）記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付してください。