

別記

第1号様式（第4条関係）

第 号  
平成 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者名 印  
(生年月日 )

平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費  
補助金交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金交付要綱第4条の規定により、平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金を交付されるよう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 事業の種類
- 3 経費所要額調（別紙1）
- 4 事業計画書（別紙2-1、別紙2-2）
- 5 支出予定額内訳（別紙3-1、別紙3-2）
- 6 1から5までに掲げるもののほか、参考となる書類

補助金振込先 銀行名 銀行 支店  
口座名義人 法人名  
代表者  
口座種別  
口座番号

高知県知事 様

補助事業者名 印

平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費  
補助金変更（中止・廃止）承認申請書

平成 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  
事業について、下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、平成27年度高知県が  
ん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金交付要綱第7条第1号（第2号）の規定  
により、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付変更申請額

既交付決定額	金	円
変更後の申請額	金	円
差引き増減額	金	円

2 変更（中止・廃止）の理由

3 関係書類

- (1) 経費所要額調（別紙1）
- (2) 事業計画書（別紙2-1、別紙2-2）
- (3) 支出予定額内訳（別紙3-1、別紙3-2）

（注）別紙1及び別紙3は、変更前を上段に括弧書きで、変更後を下段に記  
入してください。

第3号様式（第7条関係）

第 号  
平成 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者名 印

平成27年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

平成 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平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金について、平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金交付要綱第7条第8号の規定により、下記のとおり報告します。

- 1 平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金交付要綱第7条第8号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）参考となる書類（金額の積算の内訳等）を添えてください。

第4号様式（第8条関係）

第 号  
平成 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者名 印

平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業実績報告書

平成 年 月 日付け高知県指令 第 号で補助金の（変更）交付の決定がありました事業が完了しましたので、平成27年度高知県がん診療連携拠点病院等機能強化事業費補助金交付要綱第8条の規定により、その実績を下記のとおり報告します。

記

- 1 精算額調（別紙1）
- 2 事業実績書（別紙2-1、別紙2-2）
- 3 支出額内訳書（別紙3-1、別紙3-2）
- 4 1から3までに掲げるもののほか、参考となる書類