第１号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 交付申請書

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第４条第１項の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を申請します。

１　交付申請額　　金　　　　　　　円

２　事業実施計画書（別紙１）

３　事業の実施に要する経費に関する調書（別紙２）

４　事業の実施に要する経費に関する内訳書（別紙３）

５　添付書類

(1)　役員等氏名一覧表（第１号様式別紙）

(2)　歳入歳出予算書抄本

(3)　内容や数値の根拠が確認できる資料（支払関係がわかる書類（紹介料等支払いに係る領収書や支払先のわかる通帳の写し等）、雇用所、契約等雇用関係のわかる書類、勤務管理表等勤務実績がわかる書類（任意様式）等）

第１号様式別紙（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

役員等氏名一覧表

令和　　年 月 日現在の役員

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏 名 | 氏名のカナ | 生年月日  (大正T,昭和S,平成H) | 性別  (男･女) | 住 所 |
| 代表者 |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |
|  |  |  | T  S  H 　　．　　． |  |  |

記載されたすべての者は、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意していることを証します。

氏名又は法人名称

（法人の場合は代表者氏名も記載） 印

第２号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 交付申請取下げ届出書

令和　年　月　日付け第　号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金の交付申請は、次の理由により取り下げたいので、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第８条第２項の規定の規定に基づき届け出ます。

〈取下げを必要とする理由〉

第３号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 事業変更（中止、廃止）承認申請書

令和　年　月　日付け第　号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金に係る事業について、次のとおり変更（中止、廃止）したいので、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第９条の規定に基づき申請します。

　１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の内容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
|  |  |  |

　２　変更（中止、廃止）の理由

第４号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和　　年　　月　　日

　神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 事業実施状況報告書

令和　年　月　日付け 第　号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金に係る実施状況に関し、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第10条の規定に基づき、次のとおり報告します。

１　補助事業の実施状況の概要

２　補助事業に要する経費の使用状況

　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助事業に要する経費の区分 | 補助事業に要する経費 | | |
| 計画額 | 実績額  （年月日～年月日） | 支出見込額  （年月日～年月日） |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

第５号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 事業実績報告書

令和　年　月　日付け第　号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金に係る事業を完了（中止、廃止）しましたので、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第11条第１項の規定に基づき、次のとおり報告します。

１　精算額　　金　　　　　　　円

２　事業実施実績（別紙４）

３　事業の実施に要した経費精算額算出内訳（別紙５）

４　添付書類

(1)　歳入歳出決算書抄本

(2)　別紙５に掲げる対象経費の支出額を証する資料

(3)　別紙５に掲げる総事業費及び寄付金その他収入額を証する資料

(4)　支払関係がわかる書類、勤務管理表等

第６号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の

人材確保に関する補助金 支払請求書

令和　年　月　日付け第　号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金の精算払いを受けたいので、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第13条第２項の規定に基づき、次のとおり請求します。

１　金　　　　　　　円也

２　その請求額の内訳

（精算払の場合）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額 | 確定額 ① | 概算金受領額 ② | 差引請求額  ①－② |
|  |  |  |  |

３　補助金振込先　　　　　　　銀行　　　　　支店　　　　　普通・当座

口座番号　　　　　　　口座名義

第７号様式（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

郵便番号

所在地

申請者氏名又は名称（法人の場合は代表者氏名も記載）

印

消費税及び地方消費税仕入控除税額報告書

令和　年　月　日付け 第 号をもって交付決定のあった神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金について、神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関の人材確保に関する補助金交付要綱第14条第３項の規定に基づき、次のとおり報告します。

１　補助金の額の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　円

２　消費税の申告の有無（どちらかを選択）　　　　　　　　　　有　　　・　　　無

（２で「無」を選択の場合は以下不要）

３　仕入控除税額の計算方法（どちらかを選択）　　　　　　　一般課税　・　　簡易課税

（３で「簡易課税」を選択の場合は以下不要）

４　補助金の額の確定時に減額した消費税仕入控除税額　　　金　　　　　　　円

５　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額　　　　金　　　　　　　円

６　補助金返還相当額（５から４の額を差し引いた額）　　　金　　　　　　　円

（注）１　別紙として積算の内訳を添付すること。

２　補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。