別記様式１号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名

代表者氏名

令和　　年度滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金交付申請書

　このことについて、下記により交付されるよう関係書類を添えて申請します。

　なお、この申請にあたり滋賀県補助金等交付規則第４条第２項各号のいずれかに該当する事実が判明したときは、同規則第16条の規定に基づき補助金等の交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

記

１　交付申請金額　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類（地方自治法第157条に定める公共的団体は(4)(5)の書類は不要）

　(1)補助金所要額調書（別紙１）

　(2)事業計画書（別紙２）

　　(3)収支予算書（別紙３）

　　(4)誓約書（別紙４）

　　(5)役員名簿

　　(6)研修受講申込書（写）

　　(7)その他関係書類

 　　　連絡先（文書送付先）

|  |
| --- |
| 事業所名：〒：住所：発行責任者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)担当者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)電話：ＦＡＸ：E-mail： |

別記様式２号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名

代表者氏名

令和　　年度滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金

変更交付申請書

　令和　　年　　月　　日付け滋医福第　　号で交付決定の通知を受けたこのことについて、下記のとおり変更したいので、滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金交付要綱第７条の規定に基づき申請します。

記

１　変更の理由

２　変更交付申請額

(1)既交付決定額　　　　　　　金　　　　　　　　円

(2)変更交付申請額　　　　　　金　　　　　　　　円

(3)差引追加交付申請額　　　　金　　　　　　　　円

３　添付書類

　　(1)事業変更計画書（別紙５）

　　(2)補助金所要額調書（別紙１）

　　(3)収支予算書（別紙３）

 連絡先（文書送付先）

|  |
| --- |
| 事業所名：〒：住所：発行責任者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)担当者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)電話：ＦＡＸ：E-mail： |

別記様式３号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名

代表者氏名

令和　　年度滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金実績報告書

　令和　　年　　月　　日付け滋医福第　　号で交付決定の通知を受けたこのことについて、事業が完了したので、滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金交付要綱第８条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　添付書類

　 (1)補助金精算書（別紙６）

　　(2)事業実績報告書（別紙７）

　 (3)収支決算書（別紙８）

　　(4)研修受講料領収書（写）

(5)研修受講料にかかる支給金の領収書（写）

(6)研修の修了証明書（写）

 連絡先（文書送付先）

|  |
| --- |
| 事業所名：〒：住所：発行責任者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)担当者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)電話：ＦＡＸ：E-mail： |

別記様式４号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名

代表者氏名

令和　年度滋賀県介護職員研修受講支援事業費補助金に

係る消費税および地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　令和　年　月　日付け滋医福第　　　号で交付決定を受けた標記補助金に係る消費税および地方消費税に係る仕入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

１　令和　年　月　日付け滋医福第　　　号による補助金の額の確定通知額　金　　　　円

２　実績報告時に減額した消費税等仕入れ控除税額　　　　　金　　　　円

３　消費税等の申告により確定した消費税等仕入れ控除税額　金　　　　円

４　補助金返還相当額（３－２）　　　　　　　　　　　　　金　　　　円

 連絡先（文書送付先）

|  |
| --- |
| 事業所名：〒：住所：発行責任者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)担当者：(ﾌﾙﾈｰﾑ)電話：ＦＡＸ：E-mail： |