別記様式第１号

令和　　年度滋賀県介護職員実務者研修等代替職員確保事業費補助金交付申請書

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実務者研修等代替職員確保事業について、下記により交付されるよう、滋賀県補助金等交付規則第３条の規定により、次の関係書類を添えて申請します。

　なお、この申請に当たり同規則第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(５)(６)の書類は不要）

（１）補助金所要額調書（別紙１－１）

（２）補助金所要額算出内訳表（別紙１－２）

（３）事業計画書（別紙２）

（４）歳入歳出予算書（別紙３）

（５）誓約書（別紙４）

（６）役員名簿

（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： |

別記様式第２号

令和　　年度滋賀県介護職員実務者研修等代替職員確保事業費補助金変更交付申請書

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　　月　　日付け滋医福第　　　号で交付決定のあった標記補助金について、下記のとおり事業の内容を変更したいので、滋賀県介護職員実務者研修等代替職員確保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１－１）

（３）補助金所要額算出内訳表（別紙１－２）

（４）歳入歳出予算書（別紙３）

（５）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： |

別記様式第３号

令和　　年度滋賀県介護職員実務者研修等代替職員確保事業費補助金事業実績報告書

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　　月　　日付け滋医福第　　　　号で交付決定のあった標記補助金について、別添事業実績報告書のとおり報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　添付書類

（１）補助金精算書（別紙６－１）

（２）支出済額内訳表（別紙６－２）

（３）代替状況確認表（別紙６－３）

（４）事業実績報告書（別紙７）

（５）歳入歳出決算（見込）書（抄本）（別紙８）

（６）その他関係資料

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： |

別記様式第４号

番　　　　　　号

令和　年　月　日

（宛先）

滋賀県知事

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実務者研修等代替職員確保事業費

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： |