別記

第１号様式（第５条関係）

　　　　　 年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称

　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

　　　岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金交付申請書

下記のとおり標記補助金の交付を受けたいので、岐阜県補助金等交付規則第４条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　補助申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（内訳）　別紙申請内容のとおり

≪添付書類≫

　（１）岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金申請内容（別紙）

　（２）補助事業者が受診料を全額負担することを示す書類

　　　　（例：補助事業者が作成した健診受診事業規程、補助事業者の申出書等）

　（３）受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類

　（４）第２条第１号に規定するバス事業者又は同条第２号に規定するタクシー事業者に該当することを証する書類

別紙

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金申請内容

　補助事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診対象者氏名（年齢） | 受診予定日 | 補助対象経費 | 補助金額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

第２号様式（第７条関係）

　　　 　　　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金事業内容変更承認申請書

　　　年 月 日付け　　　第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業の内容について、下記のとおり変更の承認を受けたいので申請します。

記

１ 変更を必要とする理由

２ 補助金の額

（１）変更前

　　（２）変更後

３　変更後の補助金の内容等について別紙のとおりとする。

別紙

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金交付決定変更申請事業

補助事業者名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費 | | 交付決定済額 | 今回申請金額 | 増減額 |
| 変更前金額 | 変更後金額 |
|  |  |  |  |  |

（添付書類）

（１） 受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類

（受診機関に変更がある場合のみ）

（２）その他書類

第３号様式（第７条関係）

　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金事業中止（廃止）承認申請書

　　　年 月 日付け　　第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業を下記の理由により中止（廃止）したいので、申請します。

記

１ 中止（廃止）の内容

２ 中止（廃止）の理由

第４号様式（第７条関係）

　　　 　　　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金事業遅延等報告書

　　　年 月 日付け　　　第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業について、下記のとおり（予定の期間内に完了しない・遂行が困難となった）ので報告します。

記

１ 遅延等の内容と理由

２ 遅延等に対する措置

３ 事業の遂行及び完了の予定

（遅延等の理由を立証する書類を添付すること。）

第５号様式（第９条関係）

　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　 名称

　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金事業遂行状況報告書

　　　　年 月 日付け　　　第　　　号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業の遂行状況について、岐阜県補助金等交付規則第１１条の規定により報告します。

記

補助事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診対象者氏名（年齢） | 交付決定額 | 補助事業に要した経費 | 補助金所要額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |

（添付書類）

（１）補助事業の支出状況を明らかにした書類

第６号様式（第１０条関係）

　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　 名称

　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金実績報告書

　　　　年 月 日付け　　　第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業を完了しましたので、岐阜県補助金等交付規則第１３条の規定により報告します。

記

補助事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診対象者氏名（年齢） | 交付決定額 | 補助事業に要した経費 | 補助金所要額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |

　　　　　（注）交付決定の変更があった場合は、変更後の金額を記載する。

（添付書類）

1. 受診料の支払領収書類の写し
2. 補助事業者が受診料の全額を支払っていることを示す書類

第７号様式（第１１条関係）

　　　　　　　 令和　年　月　日

岐阜県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　代表者氏名

岐阜県旅客自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金交付請求書

　　　　年　月　日付け第　　号をもって補助金の額の確定通知のあった上記補助金について、次のとおり補助金の交付を請求します。

１．請求額　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．受　　取　　人　　　　住所

　　　　（口座名義）　　　　　氏名（ふりがな）

３．振込先金融機関及び支店名（ふりがな）

４．預　金　種　別

５．口　座　番　号

※金融機関名及び口座名義にふりがなを入れること。

＜連絡先＞

発行責任者（氏名）

担当者　　（氏名）

電話番号

※氏名は必ずフルネームで記載してください

（発行責任者と担当者が同一でも可とします）

例　発行責任者：岐阜太郎　担当者：岐阜花子　電話番号：058-272-1111