別　記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　号

　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　　様

所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称（氏名）

代表者氏名

　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金

の交付申請について

標記について、次により補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

１ 申請額 　　金　　　　　　　　　　　円

２ 実施施設の名称

３　事業所の種別

４ 申請額算出内訳 　　 別紙（１）のとおり

５ 事業実施予定表　 　　 別紙（２）のとおり

　６　歳入歳出予算書抄本

　７　その他参考資料

（振込先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他（　　） | 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  | | |

別紙（１）

申　　請　　額　　内　　訳　　書

　設置者の名称

　事業所の名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | 招へい回数  (A)　 　　回 | 補助基準単価  (B)　 　円 | 補助基準額  (A)×(B)  (C)　　　円 | 補助対象経費  (D) 　　円 | 補助所要額  (C)と(D)を比較して少ない方の額  (E)　　 円 | 備　考 |
| 医療的ケア支援 | 訪問看護 |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハビリ |  |  |  |  |  |  |
| 訪問歯科衛生 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |

別紙（２）

岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金実施予定表

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 利用者（医療的ケア）の状況 | | | 招へい回数 | | | | | | | | | | | | |
| 超重症 | 準超重症 | その他 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第２号様式（第５条関係）

第　　　号

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　岐阜県知事

　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金

の交付決定について（通知）

　　　年　　月　　日付け　　第　　号で申請のあった、　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金については、岐阜県補助金等交付規則（昭和57年岐阜県規則第８号）第５条第１項の規定により、次のとおり交付の決定をしたので、同規則第７条の規定により通知します。

記

１　補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）は、　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で申請のあった事業とする。

２　補助対象事業に要する経費及び補助金の額は、次のとおりとする。ただし、補助対象事業の内容が変更された場合における補助対象事業に要する経費又は補助金の額については、別に通知するところによるものとする。

　　　　補助対象経費　　 金　　　　　　　　　　　　円

補助金の額　　 金　　　　　　　　　　　　円

３　補助対象事業に要する経費の配分及びこれに対応する補助金の額の区分は、申請書に記載されているとおりとする。

４　この補助金は、岐阜県補助金等交付規則第６条第１号から第４号までに掲げる事項を条件として交付する。

第３号様式（第６条関係）

　 第　　　　　号

　 　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　　様

所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人等名

代表者氏名

　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金

の変更交付申請について

　　　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定のあった、　　　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金について、下記のとおり変更したいので関係書類を添えて申請します。

　１　交付申請額（変更後） 金　　　　　　　　　　　円

　　　既交付決定額　　　 金　　　　　　　　　　　円

　　　差引過不足額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２ 変更理由

３ 申請額内訳書 　　 別紙（３）のとおり

４ 事業実施予定表　 　　 別紙（４）のとおり

　５　歳入歳出予算書抄本

　６　その他参考資料

別紙（３）

申　　請　　額　　内　　訳　　書（ 変 更 後 ）

　設置者の名称

　事業所の名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | | 招へい回数  (A)　 　　回 | 補助基準単価  (B)　 　円 | 補助基準額  (A)×(B)  (C)　　　円 | 補助対象経費  (D) 　　円 | 補助所要額  (C)と(D)を比較して少ない方の額  (E)　　 円 | 備　考 |
| 医療的ケア支援 | 訪問看護 |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハビリ |  |  |  |  |  |  |
| 訪問歯科衛生 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |

別紙（４）

岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金実施予定表（変更後）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 利用者（医療的ケア）の状況 | | | 招へい回数 | | | | | | | | | | | | |
| 超重症 | 準超重症 | その他 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第４号様式（第１０条関係）

第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称（氏名）

代表者氏名

　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金

に係る実績報告書

　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定を受けた　　　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告します。

記

１ 交付決定額　　　 金　　　　　　　　　　　円

　　　実績額　　　 金　　　　　　　　　　　円

　　　既交付済額　　　 金　　　　　　　　　　　円

２ 実施施設の名称

３ 事業所の種別

４　精算額内訳書　 別紙（５）のとおり

　５ 事業実績報告書　 　別紙（６）のとおり

　６　歳入歳出決算書（見込書）抄本

　７　その他参考資料

別紙（５）

精　　算　　額　　内　　訳　　書

　設置者の名称

　事業所の名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | 招へい回数  (A) 　　回 | 補助  基準単価  (B)　 　円 | 補助基準額  (A)×(B)  (C)　　円 | 補　　助  対象経費  (D) 円 | 補助所要額  (C)と(D)を比較して少ない方の額  (E)　 円 | 補　　　助  交付決定額  (E) 円 | 県補助額  (F) 円 |
| 医療的ケア支援 | 訪問看護 |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問リハビリ |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問歯科衛生 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

別紙（６）

岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金実績報告

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 利用者（医療的ケア）の状況 | | | 招へい回数 | | | | | | | | | | | | |
| 超重症 | 準超重症 | その他 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第５号様式（第１１条関係）

請　　　求　　　書

金　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定を受けた　　　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金の交付を受けたいので、請求します。

（１）振込先金融機関名及び本（支）店名

（２）預金種別

（３）口座名

（４）口座番号

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称（氏名）

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　岐阜県知事　　様

第６号様式（第１２条関係）

第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称（氏名）

代表者氏名

　　年度消費税等仕入控除税額報告書

　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定を受けた　　　　年度岐阜県福祉事業所等医療的ケア支援事業補助金に係る消費税等仕入控除税額について、次のとおり報告します。

１　補助金の額の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　 金　　　　　　　 円

２　消費税等の申告の有無（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等仕入控除税額　　金　　　　　　　円

５　消費税等の申告により確定した消費税等仕入控除税額　　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。