第１号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

名　称

代表者 　　 　　　　　印

病児・病後児保育支援事業費補助金交付申請書

平成２８年度病児・病後児保育支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　総事業費 金　　　　　　　　　　　　円

　　うち補助申請額　　 金　　　　　　　　　　　　円

２　補助事業実施期間

　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

３　添付書類

　　　別紙１　　　　病児・病後児保育支援事業申請額算出内訳

　　別紙２　　　　病児・病後児保育支援事業計画書

看護師・保育士等の給与がわかるもの

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　号

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　様

一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋

病児・病後児保育支援事業費補助金交付決定通知書

　貴施設から申請のありました平成２８年度病児・病後児保育支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第７条第１項の規定に基づき、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１　補助決定額　　金　　　　　　　　　　　円

２　補助事業実施期間　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

３　補助条件

　　・提出した事業計画書に則り、事業を実施すること

・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

第３号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　印

病児・病後児保育支援事業（変更・中止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付け　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２８年度病児・病後児保育支援事業について、下記により（変更・中止）したいので、上記補助金交付要綱第８条第３項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　（変更・中止）理由

２　添付書類

・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費（変更前と変更後とを比較することができるもの）を明らかにする書類

第４号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　印

病児・病後児保育支援事業費補助金実績報告書

平成　　年　　月　　日付け　　高医再発第　　　号で交付決定を受けた平成２８年度病児・病後児保育支援事業費補助金にかかる事業実績について、上記補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり報告します。

１　補助決定額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　実　績　額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

３　消費税仕入控除税額の取扱い

ア　補助対象経費はすべて消費税非課税経費（人件費）であるため、当該補助金に係る消費税仕入控除税額はない。

イ　上記ア以外の理由により消費税仕入控除税額はない。

理由：

ウ　補助対象経費はすべて委託料（但し人件費としての支払い）であるため、当該補助金に係る消費税仕入控除税額が生じる。

エ　上記ウ以外の理由により消費税仕入控除税額が生じる。

理由：

(注)　ア・イ・ウ・エのいずれかに○を付け、イ・エの場合は理由欄に理由を記入すること。

４　補助事業の完了日　　　　年　　月　　日

５　添付書類

　　　別紙３　病児・病後児保育支援事業費精算書

　　　別紙４　病児・病後児保育支援事業実績報告書

　　　別紙４の（１）病児・病後児保育支援事業利用実績報告書

　　　その他参考となる書類

第５号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　印

病児・病後児保育支援事業費補助金請求書

平成　　年　　月　　日付け　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２８年度病児・病後児保育支援事業について、上記補助金交付要綱第１０条第２項の規定により請求書を提出します。

記

補助決定額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座  ２普通 |  |  |

第６号様式

平成　　年　　月　　日

一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者 住　所

氏　名

代 表 者 印

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　平成　　年　　月　　日付け　　第　　　　　号により交付決定のありました病児・病後児保育支援事業費補助金に係る消費税及び地方消費税額等について交付要綱第１２条規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１ 報告額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金額 | 確定申告等により  確定した消費税  仕入控除税額 | 補助金返還相当額 |
| (実績報告額または確定通知書に記載の額) |
|  |  |  |
|

注：補助金返還相当額が整数でない場合は、小数点第1位以下を切り捨て計上すること。

２ 添付書類

消費税確定申告書の写し等

別紙１

平成　　年度　病児・病後児保育支援事業申請額算出内訳

病院名：

保育施設名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費 （Ａ） | 補助対象経費 （D=B＋C） | 内　 　　訳 | | | | | | | | | | 備　考  (補助対象経費の内訳等) | 補助額  (D×1/2)  ※ただし上限1,200,000 |
| 設備整備費（B） | | | 人件費（C） | | | | | | |
| 品　目 | 単　価（円） | 計 | 保育士（a） | | | 看護師等(b) | | | 小計 |
| 単　価 | 運営  日数 | 計 | 単　価 | 運営日数 | 計 | (a+b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注)　経費・単価の根拠となる資料（契約書・見積書等）を添付すること。

別紙２

病児・病後児保育支援事業計画書

１ 事業の目的及び内容

|  |
| --- |
|  |
|

２ 事業実施期間

|  |
| --- |
|  |
|

３ 保育施設、開設者の名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 保育施設名 | |
| 保育施設名 | 所在地 |
|  |  |
|
| 開設者等 | |
| 設置主体 | 所在地 |
|  |  |
|
| 運営等が委託の場合 | |
| 委託団体等名称 | 代表者名 |
|  |  |
|

４ 建物の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構造の別 | 建物階数 | | 病児・病後児保育室のある階数 | | 病児・病後児保育施設延面積 | | 病児・病後児保育室数 | | | |
| (ＲＣ,ＣＢ,Ｗ) | 室数 | | 面積 | |
|  |  | 階建 |  | 階 |  | ㎡ |  | 室 |  | ㎡ |

別紙３

平成　　年度　病児・病後児保育支援事業費精算書

病院名：

保育施設名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費 （Ａ） | 補助対象経費 （D=B＋C） | 内　 　　訳 | | | | | | | | | | 備　考  (補助対象経費の内訳等) | 補助額  (D×1/2)  ※ただし上限1,200,00 |
| 設備整備費（B） | | | 人件費（C） | | | | | | |
| 品　目 | 単　価（円） | 計 | 保育士（a） | | | 看護師等(b) | | | 小計 |
| 単　価 | 運営  日数 | 計 | 単　価 | 運営日数 | 計 | (a+b) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注)　経費・単価の根拠となる資料（納品書・請求書等）を添付すること。

別紙４

病児・病後児保育支援事業実績報告書

１ 事業の目的及び内容

|  |
| --- |
|  |
|

２ 事業実施期間

|  |
| --- |
|  |
|  |

３ 保育施設、開設者の名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 保育施設名 | |
| 保育施設名 | 所在地 |
|  |  |
|
| 開設者等 | |
| 設置主体 | 所在地 |
|  |  |
|
| 運営等が委託の場合 | |
| 委託団体等名称 | 代表者名 |
|  |  |
|

４ 建物の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 構造の別 | 建物階数 | | 病児・病後児保育室のある階数 | | 病児・病後児  保育施設延面積 | | 病児・病後児保育室数 | | | |
| (ＲＣ,ＣＢ,Ｗ) | 室数 | | 面積 | |
|  |  | 階建 |  | 階 |  | ㎡ |  | 室 |  | ㎡ |

別紙４の（１）

病児・病後児保育支援事業利用実績報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | | | | |  |  |
| 区分 | | 各月１日  現在  児童数 | 保育士及び看護師等職員配置状況 | | | | | | |
| 保育士① | | | 看護師等② | | 計(①+②) | |
| 病児・病後児保育実施  （累計） | | | 病児・病後児保育実施（累計） | | 病児・病後児保育実施  （累計） | |
| 実施時間 | | 人数 | 実施時間 | 人数 | 実施時間 | 人数 |
| 平成 |  | 人 | 時間 | 人 | | 時間 | 人 | 時間 | 人 |
| ４月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ５月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ６月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ７月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ８月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
|  | ９月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| 年度 | １０月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| １１月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| １２月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| １月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ２月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| ３月 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |
| 計 |  |  | （　　　　） | |  | （　　　　） |  | （　　　　） |

（記入要領）

１．計算によって生じた端数については、すべて小数第２位を四捨五入し、小数第１位　　まで記入すること。

２．「保育士及び看護師等職員配置状況」欄は、次により記入すること。

（１）「保育士」とは有資格者の保育士をいい、「看護師等」は、保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。