第１号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者住所

補助事業者名

代表者職氏名

　　年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金の交付申請について

　　　標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。

１　申　請　額　　　　　　　　　　金　　　　　　　円

　　　２　　年度事業の実施に要する経費に関する調書　（別紙１）

３　事業計画書　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙２）

４　添付書類

・当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本

・その他参考となる資料

　　（看護師の特定行為研修の合格通知等、受講決定書類の写し等）

第２号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者住所

補助事業者名

代表者職氏名

　年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金実績報告書について

　　年　月　日付　医政第　　号をもって交付決定を受けた　年度香川県看護師特定行為研修助成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する。

　　１　精　算　額　　　　　　　　　　金　　　　　　　円

２　経費所要額精算書　　　　　　　（別紙３）

　　３　事業実績報告書　　　　　　　　（別紙４）

　　４　添付書類

・当該事業に係る歳入歳出決算書抄本

　　　　・特定行為研修修了証書の写し

　　　　・その他参考となるべき資料

　　（病院等が負担した支出額が分かる書類等）

第３号様式

|  |
| --- |
| **請 求 書**（アラビア数字で記載、頭書に￥の記号を付し、訂正しないでください。） |
|  | 金 額 |  | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |  |
|  ただし、  内 訳　香川県看護師特定行為研修助成事業補助金  上記の金額を請求します。 年 月 日  香川県知事 池　田　豊　人 **殿**住 所  債権者 （フリガナ） 法人にあっては、 氏 名 その名称及び代 表者の職氏名  |
|  | 支払の方 法 | 口 座振替払 |  銀行 （支）店 | 現金払 | 隔地払 県外 送金 | 小切手払 |  |
| 貯金種目 | 当座 | 普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義 |  |
| １ 希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。おねがい２ 口座振替払は、貯金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあっては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してください。３ 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。４ 請求者と受領書が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。５ 印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあっては、代理受領者の印）を押してください。６ 「責任者職氏名・担当者職氏名・連絡先」は、請求印を省略する場合、記載してください。 |  |
| 印 影 届 |
|  |

責任者　職・氏名　：

担当者　職・氏名　：

連絡先　　　　　　：

第４号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者住所

補助事業者名

代表者職氏名

　　年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　　　年　　月　　日第　　　号により交付決定があった　年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金について、交付決定通知により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

　１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）第１５条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金　　　　　　　円

　２　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要県費補助金返還相当額）

金　　　　　　　円

　３　添付書類

　　　２の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等