様式第１号

第　　　　 号

　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費

補助金交付申請書

標記について、下記のとおり補助金を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１．補助金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　　円

２．事業の目的及び内容

事業実施計画書のとおり

３．事業完了予定期日

　　年　　月　　日

（添付書類）

　①人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業

１　佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額調書（別紙１）

２　事業実施計画書（別紙２－１）

３　収支予算（見込）書抄本（別紙３）

４　誓約書（別紙４）

５　対象経費ごとに必要な書類

　ア　車両整備費

1. 購入・改造（予定）車両の見積書
2. 購入・改造（予定）車両の仕様書（製品仕様・改造仕様がわかるもの）

 イ　運転手の人件費

1. 人件費基準額（見込）計算表（別紙５）

ウ　送迎に係る車両の燃料費

1. 燃料費基準額（見込）計算表（別紙６）

　②福祉有償運送サービス利用支援事業

１　事業実施計画書・所要額調書（別紙２－２）

２　収支予算（見込）書抄本（別紙３）

３　誓約書（別紙４）

様式第２号

第　　　　 号

　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費

補助金変更承認申請書

　 年　 月　 日付け障第　　　　　号により交付決定があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金について、事業の内容及び経費の配分を変更し、金　　　　　円の追加交付（減額承認）を受けたいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

（添付書類）

　①人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業

１　佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額調書（別紙１）

２　事業実施計画書（別紙２－１）

３　収支予算（見込）書抄本（別紙３）

４　対象経費ごとに必要な書類

　ア　車両整備費

1. 購入・改造（予定）車両の見積書
2. 購入・改造（予定）車両の仕様書（製品仕様・改造仕様がわかるもの）

 イ　運転手の人件費

1. 人件費基準額（見込）計算表（別紙５）

ウ　送迎に係る車両の燃料費

1. 燃料費基準額（見込）計算表（別紙６）

　②福祉有償運送サービス利用支援事業

１　事業実施計画書・所要額調書（別紙２－２）

２　収支予算（見込）書抄本（別紙３）

様式第３号

第　　　　 号

　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費

補助金実績報告書

　 年　 月　 日付け障第　　　　　号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金に係る事業実績について、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１．事業の効果

２．事業完了期日

　　年　　月　　日

（添付書類）

　①人工透析医療機関における通院送迎サービス促進事業

１　佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書（別紙７－１）

２　事業実績報告書（別紙８－１）

３　収支決算（見込）書抄本（別紙９）

４　対象経費ごとに必要な書類

　ア　車両整備費

1. 請求書
2. 領収書

 イ　運転手の人件費

1. 人件費基準額計算表（別紙１０）
2. 運行実績を確認できる資料

→運行記録（別紙１２）の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

ウ　送迎に係る車両の燃料費

1. 燃料費基準額計算表（別紙１１）
2. 運行実績を確認できる資料

→運行記録（別紙１２）の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

　②福祉有償運送サービス利用支援事業

１　佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金所要額精算書（別紙７－２）

２　事業実績報告書（別紙８－２）

３　収支決算（見込）書抄本（別紙９）

　４　運行実績を確認できる資料

　　→運行記録（別紙１３）の記録項目を含むものであれば任意様式も可。

様式第４号（概算払の場合）

第　　　　 号

　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費

補助金交付請求書

　 年　 月　 日付け障第　　　　　号で交付決定の通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金のうち、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請求金額 金　　　　　　　　円

（内　訳）

交付決定額 金　　　　　　　　円

交付済額 金　　　　　　　　円

今回請求額 金　　　　　　　　円

残額 金　　　　　　　　円

振込先

金融機関名

預金種別及び口座番号

フリガナ

口座名義

様式第５号（精算払の場合）

第　　　　 号

　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業費

補助金交付請求書

　 年　 月　 日付け障第　　　　　号で確定通知があった佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県人工透析患者通院支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請求金額 金　　　　　　　　円

確定補助金額 金　　　　　　　　円

交付決定補助金額 金　　　　　　　　円

交付済補助金額 金　　　　　　　　円

残額（請求額） 金　　　　　　　　円

振込先

金融機関名

預金種別及び口座番号

フリガナ

口座名義

様式第６号（仕入控除税額に係る報告書）

第　 　　　号

　　年　月　日

仕入控除税額に係る報告書

１　事業所（者）名

２　法人名および代表者氏名

３　事業所（者）の所在地

４　補助事業名

　　　　年度佐賀県人工透析患者通院支援事業

５　県補助金確定額（額の確定通知記載の額）

　　　　　　円

６　仕入控除税額の概要

（１）補助金の使途の内訳（都道府県補助額）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 課税の区分 |
| 課税仕入使用分 | 非課税仕入 | 合計 |
| 課税売上対応分 | 非課税売上対応分 | 共通対応分 |
| 経費の区分 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

（２）課税売上割合

（３）仕入控除税額の計算（○○方式）