様式第１号（第５条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金

交付申請書

　○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、下記のとおり補助金の交付を受けたいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着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　交付申請額　　　　金　　　　　　　　　円

２　業務改善計画の概要　　　　　　　　　　　　（必要に応じて行を追加すること。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画番号 | 事業所名 | サービス種別 | 機器名等 | 台数（台） | 導入目的 |
| 1 |  |  | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 |
| 2 |  |  | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 |
| 3 |  |  | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 | 別紙1－2参照 |

３　関係書類

(1) 経費所要額調書（別紙1-2）

(2) 暴力団排除に係る誓約書（別紙1-3）

(3) 見積書の写し

(4) 導入する介護テクノロジーのカタログ等

(5) 厚生労働省が示す「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式）」

（介護業務支援の「介護ソフト」を導入する場合で、かつ、同ソフトのライセンス数が職員数によって変動する契約の場合のみ。）

別紙1-3

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

（１）暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者

（４）自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者

（５）暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

（６）暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（７）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（２）から（７）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

　　　　　　年　　月　　日

（ 収 支 等 命 令 者 ）　様

　　　　　　　　　　 〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

住　　所

　　　　　　 　　　　〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名 〕

（ふりがな）

氏　　名

生年月日（代表者）　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（ふりがな）

責任者氏名

※氏名の欄は本人が自署すること。ただし、法人の場合は、申請の担当部局の責任者の氏名の自署を付記し、法人代表者の氏名及びふりがなを記名とすることができる。

様式第3号（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金変更承認申請書

　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、変更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介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　変更後の交付申請額　　金　　　　　　　　　円

３　変更理由

４　関係書類

(1) 経費所要額調書（別紙1-2）

(2) その他、知事が必要と認める書類

様式第4号（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金中止（廃止）承認申請書

　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、下記の理由により、中止（廃止）したいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　中止（廃止）理由

※　「中止（廃止）」については、不要な文字を削除すること。

様式第5号（第7条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金実績報告書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、下記のとおり事業を実施したので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金の交付決定額及びその精算額

交付決定額　　　　金　　　　　　　　　円

精　算　額　　　　金　　　　　　　　　円

２　事業完了年月日　　　　年　　月　　日

３　関係書類

(1) 経費所要額精算書（別紙1-4）

(2) 補助対象事業に係る契約書等の写し

(3) 補助対象事業に係る領収書又は支払いが確認できる書類の写し

(4) 導入した介護テクノロジーの写真

様式第6号（第9条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付請求書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で確定通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、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介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により請求します。

記

請求額　　金　　　　　　　　　円

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　　　　）　　　　　　　　　（　　　　） |
| 預金種別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人**（カタカナ）** |  |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を提出してください。

様式第９号（第7条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金実績報告書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、下記のとおり事業を実施したので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金の交付決定額及びその精算額

補助金精算額　　金　　　　　　　　　円

既交付額　　金　　　　　　　　　円（要返還額　　金　　　　　　　　　円）

２　事業完了年月日　　　　年　　月　　日

３　関係書類

(1) 経費所要額精算書（別紙1-4）

(2) 補助対象事業に係る契約書等の写し

(3) 補助対象事業に係る領収書又は支払いが確認できる書類の写し

(4) 導入した介護テクノロジーの写真

様式第10号（第9条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付請求書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着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介護現場における介護テクノロジー定着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　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 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　支店（　　　　　　）　　　　　　　　　（　　　　） |
| 預金種別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人**（カタカナ）** |  |

※　申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を提出してください。

※　請求額の根拠となる書類を添付してください。

様式第11号（第7条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金年度終了実績報告書

　　○○年○○月○○日付け長寿第○○号で補助金交付決定の通知があった○○年度佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金の○○年度における実績について、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県介護現場における介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　事業年度終了実績報告（別紙）

２　事業実施期間　（当初） ：平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

　　　　　　　　　（変更後）：平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

別紙（様式第11号関係）

事業年度終了実績報告

１　収支の状況

（１）収入の部

（円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算 | 収入済額 | 繰越額 | 備考 |
| 計 |  |  |  |  |

（２）支出の額

（円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算 | 収入済額 | 繰越額 | 備考 |
| 計 |  |  |  |  |

２　事業別状況

（円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 交付決定内容 | 年度内遂行実績 | 進捗率(B)/(A) | 翌年度繰越分 | 備考 |
| 事業費（A） | 補助金 | 事業費 | 補助金 | 事業費 | 補助金 |
|  |  |  |  |  | % |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |