様式第１号

第　　　　 号

令和　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

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医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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

３．事業の内容及び経費の配分

（別紙１）補助金所要額調書のとおり

４．事業完了予定期日

令和　　年　　月　　日

添付書類

・（別紙１）補助金所要額調書

・（別紙２）事業収支予定明細書（兼収支予算見込書（抄本））

・（別紙３）医師少数区域経験認定医師の状況確認書

・（別紙４）誓約書

様式第２号

第　　　　 号

令和　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

補助金変更承認申請書

令和　 年　 月　 日付け　第　　　　　号により交付決定があった標記補助金について、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医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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．変更の理由

（注）１．金額の変更のない変更申請の場合は、〔　　〕の部分は消去すること。

　　　２．関係書類は、補助金交付申請書に準じて作成し、変更前の事業の内容及び経費の配分と変更後の事業の内容及び経費の配分を比較できるよう記載すること。

様式第３号

番　　　　　　　　　号

　　令和　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　　　　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

補助金中止（廃止）承認申請書

　令和　　年　　月　　日付け　第　　　号で交付決定の通知があった標記補助金について、下記の理由により補助事業を中止（廃止）したいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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．補助事業を中止（廃止）する理由

様式第４号

第　　　　 号

令和　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

補助金実績報告書

令和　 年　 月　 日付け　第　　　　　号で交付決定の通知があった標記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医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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．事業実績報告

２．事業完了期日

令和　　年　　月　　日

添付書類

・（別紙５）補助金所要額精算書

・（別紙６）事業収支実績明細書（兼収支決算書（抄本））

・事業に要したことを証明する領収書（原本）

・その他知事が必要と認める書類

様式第５号

第　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　佐賀県知事　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　令和　　年　　月　　日付け　第　　　　号で交付決定の通知があった令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額について、下記のとおり報告します。

記

１．事業名

２　佐賀県補助金等交付規則（昭和５３年佐賀県規則第１３号）第１３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

３　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（要補助金等返還相当額）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

４　添付書類

　　記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

様式第６号（概算払の場合）

第　　　　 号

令和　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

補助金交付請求書

令和　 年　 月　 日付け　第　　　　　号で交付決定の通知があった標記補助金のうち、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医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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

預金種別及び口座番号

フリガナ

口座名義

様式第６号（精算払の場合）

第　　　　 号

令和　 年　 月　 日

佐賀県知事　　　　　　　様

住　　　　　所

法人等名称

代表者職、氏名

令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業

補助金交付請求書

令和　 年　 月　 日付け　第　　　　　号で確定通知があった令和　年度佐賀県医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業補助金として、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医師少数区域等における認定医師の勤務推進事業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）

確定額　 金　　　　　　　　円

交付済額 金　　　　　　　　円

今回請求額 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