様式第１号（第５条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

（申請者）

名　　称

代表者名

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金交付申請書

標記補助金の交付について、下記のとおり申請します。

記

１ 補助金申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２ 経費所要額調書（様式第１号別紙１のとおり）

３　設備整備等支援所要額明細書（様式第１号別紙２のとおり）

４ 補助事業完了予定期日　　　　　　令和　　年　　月　　日

５　添付書類

その他参考となる書類（カタログ、見積書等）

（受領方法）

(1)　直接払

(2)　隔地払

(3)　口座振替払

・振込先銀行　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　店

・預金種目　　　１普通　　２当座　　３その他（　　　）

・口座番号

・口座名義（カナ）

様式第２号（第６条関係）

　　医政第　　　号

年　　月　　日

名称

代表者　殿

茨城県知事

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金交付決定通知書

　令和　年　月　日付け　　第　　号で申請のあった標記補助金については、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

１　補助金の交付対象となる事業及びその内容は、　年　　月　　日付け　　第　　号をもって申請があった令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金交付申請書（以下「申請書」という。）の記載のとおりとする。

２　補助金の額は、次のとおりとする。ただし、補助事業の内容が変更された場合における補助金の額については、別に通知するところによるものとする。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の額　　金 | 円 |

３　補助事業に要する経費の配分及び配分された経費に対応する補助金の額の区分は、申請書の記載のとおりとする。

４　令和４年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金交付要項（以下「交付要項」という。）第10条に規定する補助事業の内容及び経費の配分の変更のうち軽微な変更とは、前記１により定められた事業内容のうち、次のとおりとする。

(1)　事業実施計画の内容に変更がなく、補助対象経費の合計額が増加しない場合

(2)　事業実施計画の内容の一部を取りやめる場合

５　補助金の額の確定は、補助対象経費に10分の10を乗じて得た額又は補助金の交付決定額のいずれか低い額とする。

６　補助事業者は、交付要項第１条に掲げる法令及び交付要項で定めるところに従わなければならない。

７　補助金に係る消費税相当額については、交付要項の定めるところにより、消費税仕入控除税額が明らかになった場合には、当該消費税仕入控除税額を減額すること。

様式第３号（第８条関係）

　　番　　　　　号

年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

（申請者）

住　　所

名　　称

代表者名

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金概算払申請書

　令和　年　月　日付け医政第　　号をもって交付決定通知のあった標記補助金について、下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １ 交付決定額 | 円 |
| ２ 概算払受領済額 | 円 |
| ３ 今回請求額 | 円 |
|  |  |

様式第４号（第９条（８）関係）

　　番　　　　　号

年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

（申請者）

住　　所

名　　称

代表者名

令和５年度消費税額及び地方消費税額に係る仕入控除税額報告書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号をもって交付決定のあった令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金について、下記のとおり報告します。

記

１　茨城県補助金等交付規則第14条の規定に基づく額の確定額又は事業実績報告額

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（補助金返還

相当額）

　　金　　　　　　　　円

３　添付資料

　　２の金額の積算内訳等参考となる書類

様式第５号（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

（申請者）

住　　所

名　　称

代表者名

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金変更承認申請書

標記補助金の変更について、下記のとおり申請します。

記

１ 変更の理由

２ 変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

３　経費所要額調書（変更交付）（様式第５号別紙１のとおり）

４　設備整備等支援所要額明細書（変更交付）（様式第５号別紙２のとおり）

様式第６号（第11条関係）

　　番　　　　　号

年　　月　　日

茨城県知事　　　　　　　　　　殿

（申請者）

住　　所

名　　称

代表者名

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金実績報告書

　令和　年　月　日付け医政第　　号をもって交付決定のあった標記補助金について、下記のとおり実績を報告します。

記

１ 補助金精算額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２ 経費所要額精算書（様式第６号別紙１のとおり）

３　設備整備等支援所要額精算書（様式第６号別紙２のとおり）

４　添付書類

・領収書など支払い実績の分かるもの

・購入した物品の写真（５万円以上のもの）

　　・（概算払を受けた場合）概算払精算書（茨城県財務規則の規定による帳票の様式第102号）

様式第７号（第12条関係）

　　医政第　　　号

年　　月　　日

名称

代表者　殿

茨城県知事

令和５年度救急・周産期・小児医療機関院内感染防止対策事業費補助金額確定通知書

　令和　年　月　日付け第　　号をもって申請のあった標記補助金については、下記のとおり補助金の額を確定したので通知します。

記

補助金の額　　　金　　　　　　　　円