（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

補助事業者名　　　　　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金交付申請書

標記について，下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　補助申請金額 金　　　　　　　　　　　　　　円

２　経費所要額調（別紙１）

３　事業計画書（別紙２）

４　添付書類

（１）歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

（２）前年度の病床機能報告を提出したことがわかる書類

【施設整備】

（２）工事計画書，工事設計図及び工事仕訳書

（３）補助事業の建物の構造概要及び平面図

（４）見積書の写し

【設備整備】

（５）見積書の写し

（６）整備予定機器等のカタログ

（７）整備予定機器の配置図

（８）その他参考となる資料

【リハビリテーション専門職人件費】

（９）人件費のわかる書類

５　補助金の受領方法（いずれかに○印をつけること）

（１）直接払

（２）隔地払

（３）口座振替払

　　　・振込先銀行　　　　　　銀行　　　　支店

　　　・預金種類

・口座番号

　　　・口座名義（ふりがな）

（様式第２号）

医政第　　　　　号

令和　　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

茨城県知事　大井川　和　彦

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金交付決定通知書

　令和　年　　月　　日付けで申請のあった病床機能転換等促進事業費補助金については，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　補助金の額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助条件

　　令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金交付要項第８条に掲げる事

　項を条件として交付する。

（様式第３号）

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

補助事業者名　　　　　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金変更承認申請書

標記について，令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金交付要項第８条第１号の規定に基づき，次の関係書類を添えて申請します。

１　変更交付申請額　　金　　　　　　　　　　円

　（前回交付申請額　　金　　　　　　　　　　円）

２　経費変更所要額調（別紙３）

３　事業変更計画書（別紙４）

４　添付書類

（１）歳入歳出予算（見込）書抄本

（２）変更理由書

（３）その他参考となる書類

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

補助事業者名　　　　　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業中止（廃止）承認申請書

病床機能転換等促進事業費補助金交付要項第８条第２号の規定に基づき，次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業の実施の経過 |  |
| 中止の理由廃止 |  |

（様式第５号）

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

補助事業者名　　　　　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金概算払申請書

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　補助金概算払申請金額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　概算払を必要とする事由

（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金遂行状況報告書

 標記について，別表のとおり報告します。

（様式第７号）

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

所在地

補助事業者名　　　　　　　　　　印

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金事業実績報告書

　令和　　年　　月　　日付け医政第　　号により交付決定のあった病床機能転換等促進事業について，下記のとおり関係書類を添えて実績を報告します。

１　精算額 金　　　　　　　　　　　　　　円

２　経費所要額精算書（別紙５）

３　事業実績報告書（別紙６）

４　添付書類

（１）歳入歳出決算書（又は見込書）の抄本

（２）契約書の写し

（３）整備病棟入院料の施設基準等を満たすことを確認できる書類

【施設整備】

（４）補助事業完成後の建物の全景及び補助対象事業の概要を示す写真

（５）補助事業完成後の建物の構造概要及び平面図

（６）補助対象区域に係る工事設計図及び工事仕訳書（交付申請時より変更の場合）

（７）建築基準法第７条第５項の規定による検査済証の写し

（８）補助対象区域に係る医療法第２７条の規定による使用許可証の写し

【設備整備】

（９）整備した設備の写真

（10）検収調書の写し

（11）整備した設備の設置個所を示した建物平面図

（12）その他参考となる資料

【リハビリテーション専門職人件費】

 (13) 支払実績のわかる書類

（14）リハビリテーション専門職に係る各種免許証の写し

（様式第８号）

医政第　　　　　号

令和　　年　月　日

　　　　　　　　　　　殿

茨城県知事　大井川　和　彦

令和２年度病床機能転換等促進事業費補助金確定通知書

　令和　年　月　日付けで実績報告のあった病床機能転換等促進事業費補助金については，下記のとおり補助金の額を確定したので通知します。

記

１　補助金の額　　　　　　　　　　　　　円

（様式第９号）

令和　　年　月　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名　　　　　　　　印

令和２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　　日付け医政第　　　　号により交付決定があった病床機能転換等促進事業費補助金について，交付決定通知書により付された条件に基づき，下記のとおり報告します。

記

１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定

　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（要補助金返還相当額）

　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

※　別添参考となる書類（２の金額の積算の内訳等）