（様式第１号）

年　　月　　日

　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住所

電話番号

事業者名

代表者名

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金交付申請書

　令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業の補助を受けたいので、令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金交付要項第４条の規定により、次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　補助金申請額　　　金　　　　　　　　　　円

２　補助事業の概要

　　　実施計画書（別紙１のとおり）

３　補助金の振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名※ | 銀行・金庫  農協・組合 | | | | 本店・支店・本所  支所・出張所 | | | |
| 口座種別  （該当するものに○印） | １.普通　２.当座　３.貯蓄　４.その他 | | | | | | | |
| 口座番号※ |  |  |  |  | |  |  |  |
| 口座名義人  （カタカナで記載。） |  | | | | | | | |

※ゆうちょ銀行の場合、同行の通帳に記載された記号・番号（５桁・８桁）ではなく、振込用の店名・口座番号を（７桁）を記入してください。

（別紙１）

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業実施計画書

（事業名）事業

（１）開催時間等

|  |  |
| --- | --- |
| 曜　日 |  |
| 時　間 |  |
| 場　所 |  |

（２）サービス内容

|  |  |
| --- | --- |
| 開催予定日 | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（注）１．開催予定日には、予定している日程を記載すること。

　　　２．内容欄には、提供を予定しているサービスを記載すること。

（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　　号

年　　月　　日

　茨城県知事　殿

住所

事業者名

代表者氏名

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金変更承認申請書

　年　月　日付け健康第　　号で交付決定された令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金について、下記のとおり事業の内容（経費の配分）を変更したいので、令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金交付要項第７条の規定により申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　変更の理由

２　変更の内容

（様式第５号）

　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　殿

住所

事業者名

代表者氏名

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金概算払請求書

下記により請求します。

記

１　件名　　　令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金

　　交付決定年月日

２　請求額　　　　　　　金　　　　　　　　円

３　概算払いを必要とする理由

４　振込先金融機関名、支店名、預金の種別、口座番号及び預金の名義

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金の種別  （普通、当座） |  |
| 口座番号 |  |
| 名義 |  |

（様式第６号）

　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　殿

住所

事業者名

代表者名

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金実績報告書

　　　　年　　月　　日付け健康第　　　号により交付決定を受けた令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金について、下記のとおり関係書類を添えて報告する。

記

１　補助金清算額　　　金　　　　　　　　　　円

２　補助事業の実績

　　事業実績報告書（別紙２のとおり）

３　添付書類

　(1)　２において参照する様式及び別紙

　(2)　その他参考となる書類

（様式第８号）

年　　月　　日

茨城県知事　　殿

住所

事業所名

代表者名

令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助事業中止（廃止）承認申請書

　　　　年　　月　　日付け健康第　　　号をもって交付決定のあった事業について、令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金交付要項第11条の規定により、次のとおり申請します。

記

　中止（廃止）の理由

（様式第９号）

番号

　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　殿

住所

事業者名

代表者名

番号

令和５年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　　　年　月　日付け健康第　　　号により交付決定のあった令和５年度茨城県がん患者家族療養生活支援事業費補助金について、同補助金交付要項第13条の規定に基づき、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

　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

　　参考となる書類（上記２の金額の積算内訳等）