

別記

様式第1号（第5条、第12条関係）

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金に係る補助事業計画（実績）書

事業概要	
実施期間	年 月 日から 年 月 日まで
実施内容	

（注）実施内容の欄には、補助事業の内容等を簡単に記入し、補助事業実績書には、写真やレポート等、事業成果の確認ができる資料を添付すること。

様式第2号（第5条、第12条関係）

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金収支予算（決算）書

1 収入

（単位：円）

収入区分	金額	備考
自己資金		
補助金		
その他		
計		

2 支出

（単位：円）

事業区分	費目	内容	補助対象経費 （税抜）	負担区分	
				補助金	自己負担
合計					

注）積算内訳を添付すること。（別紙添付でも可）

注）経費の内容が確認できる資料を添付すること。

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

住 所
名 称
代表者職・氏名

チェック欄（該当する項目□にチェックを入れてください。）

1 領収証書の写し添付

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

2 添付する領収証書の写しがない場合等

(1) 特別徴収実施確認

- 当事業所は、現在 市（町・村）の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。 → 確認印を受けてください。

上記市町村の特別徴収義務者指定番号：

※各事業所で事前に記入しておいてください。

(2) 特別徴収義務がない

- 当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。 → 確認印を受けてください。

(3) 開始誓約

- 当事業所は、 年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。
つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社（者）あてに送付してください。 → 確認印を受けてください。

市（町・村）確認印

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所

ふりがな

氏 名

（事業実施主体の名称及び代表者氏名）

生年月日 年 月 日（性別）

誓 約 書

私は 年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（チェックを入れてください。）

自己及び本事業実施主体の構成員等は次のアからエまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからエまでのいずれの関与もありません。

ア 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。）

イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者

エ 暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金に係る
補助事業変更承認申請書

年 月 日付け ー で交付決定のあった標記補助事業について、下記
のとおり計画を変更したいので、医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付要綱第
9条の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 変更の理由
- 2 変更の内容
- 3 変更が補助事業に及ぼす影響
- 4 変更後の補助事業に要する経費、補助対象経費及び負担区分

(単位：円)

事業区分	費目	内容	補助対象経費 (税抜)	負 担 区 分	
				補助金	自己負担
		小計			

- 5 4の算出基礎

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金に係る
補助事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け ー で交付決定のあった標記補助事業について、下記の理由により中止（廃止）したいので、医療・ヘルスケア関連機器支援事業補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり承認を申請します。

記

1 中止（廃止）する事業名

2 理由

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金に係る
補助事業遅延等報告書

年 月 日付け ー 号で交付決定のあった標記補助事業について、下記のとおり事故があったので、医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり承認を申請します。

記

- 1 補助事業名
- 2 補助事業の進捗状況
- 3 補助事業に要した経費
- 4 事故の内容及び原因
- 5 事故に対する措置

（注）事故の理由を立証する書類を添付すること。

補助事業実施状況書

1 費目別支出概要

（単位：円、％）

区分	費目	計画額 (A)	実施済額 (B)	進捗率 (B/A*100)	摘要
	計				

2 実施状況報告

実施内容

- (注) 1 実施内容の欄には、補助事業の内容、補助金額、補助事業の実施期間等を簡潔に記入し、事業計画書を添付すること。
- 2 補助対象経費に係る積算明細の資料等を添付すること。

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金精算払請求書

年 月 日付け ー で交付決定のあった標記補助事業について、医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 補助金の確定額 金 円
- 3 概算払受領済額 金 円
- 4 今回請求額 金 円
- 5 振込先

金融機関名	銀行・農協 金庫・その他 支店
預金の種類	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

担当者	
連絡先	

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金概算払請求書

年 月 日付け ー で交付決定のあった標記補助事業について、医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 月 日現在における実績に基づく補助金額 金 円
- 3 今回請求額 金 円
- 4 残 額 金 円

5 概算払を必要とする理由

6 振 込 先

金融機関名	銀行・農協 金庫・その他 支店
預金の種類	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

担当者	
連絡先	

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度仕入れに係る消費税等相当額報告書

年 月 日付け ー により交付決定通知のあった医療・ヘルスケア関連
機器開発支援事業補助金について医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金交付要綱第
12条第3項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- | | | |
|--|---|---|
| 1 補助金等の交付に関する規則第15条の補助金の額の確定額 | 金 | 円 |
| (年 月 日付け ー による確定通知額) | | |
| 2 補助金の確定時に減額した仕入に係る消費税相当額 | 金 | 円 |
| 3 消費税及び地方消費税額の申告により確定した仕入れに係る
消費税等相当額 | 金 | 円 |
| 4 補助金返還相当額（3－2） | 金 | 円 |

宮崎県知事 殿

住 所
名 称
代表者職・氏名

年度医療・ヘルスケア関連機器開発支援事業補助金に係る
補助事業財産処分承認申請書

年 月 日付け ー をもって交付決定のあった標記補助事業について、
当該補助事業により取得した財産を下記のとおり処分したいので、医療・ヘルスケア関連機
器開発支援事業補助金交付要綱第13条第2項の規定に基づき、申請します。

記

1 処分しようとする財産及びその理由

財産の名称 取得年月日	取得価格 時 価	処分の方法	処分の時期	処分の理由

2 相手方（住所、氏名、使用目的及び条件）