（様式第１号）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　様

住所（所在地）

　（名称）

氏名（代表者氏名）

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付申請書

令和　年度において、下記のとおり石川県高度・専門医療人材養成支援事業を実施したいので、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて申請いたします。

記

１　申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　収支予算書（様式第２号）

３　事業計画書（様式第３号）

４　事業実施期間　　　着手（予定）　　　令和　　年　　月　　日

完了予定　　　　　令和　　年　　月　　日

５　添付書類

（１）所要額調書（様式第４号）

（２）所要額明細書（様式第５号）

　（３）履歴書（別紙１）

　（４）その他参考書類

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：

（様式第２号）

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業収支予算書

１　収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

※他の資金、補助金等による収入がある場合は上記に記入してください。

２　支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

(様式第３号)

事業計画書

研究会等の名称（　　　　　　　　　　）

代表者氏名　　（　　　　　　　　　　）

１　事業の分野（対象分野に○をしてください）

がん　　　脳卒中　　　心血管疾患　　　糖尿病　　　精神　　　救急　　　災害

へき地　　　周産期　　　小児　　　在宅医療　　　感染症

（重点テーマ） 脳脊髄液減少症　がん検診　病院薬剤師育成　周産期医療

２　申請医療分野の現状と課題

３　事業実施の目的、必要性

４　事業の内容

（１）研究会等の構成メンバー

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 職種 | 経験年数 | 所属学会名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　行が足りない場合は行を追加するか、「ほか医師○名、看護師○名」などとご記入ください。

（２）事業実施期間　　　　令和　　年　　月　　日　〜　令和　　年　　月　　日

（３）事業の内容（できるだけ具体的にご記入ください）

５　一般県民または医療関係者に対するセミナー等の開催予定について

　・日時　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　・場所

　・内容

６　事業の目標（期待される効果）※本県の医療の発展に貢献できる目標、効果についてもご記入ください。

　【数値目標】

７　事業実施後の計画

（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　様

石川県知事　○○　○○

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助申請に対する選考結果について

　貴殿から申請のありました令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱９の規定に基き、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

**{　補助採択　}**

１　補助決定額　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　補助事業実施期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

３　補助条件

**{　補助不採択　}**

（様式第７号）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

住所（所在地）

（名称）

氏名（代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金　　中止　　承認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　廃止

令和　　年　　月　　日付　地医第　　　号により補助金交付決定の通知があった石川

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更

県高度・専門医療人材養成支援事業を下記のとおり　　中止　　したいので、承認された

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　廃止

く、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱

の規定により申請いたします。

記

　　　変更

１　　中止　　の理由

　　　廃止

２　補助金額　　　　変更前の額　　　　　　　　　　　　　　　円

変更後の額　　　　　　　　　　　　　　　円

差引（追加・減額）申請額　　　　　　　　円

３　添付書類（別紙のとおり）

・変更前及び変更後の事業の内容及び経費の配分を比較対照できるよう補助金交付申請書の様式により変更前を赤字または（　　　）書きで２段書きすること。

（様式第８号）

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

住所（所在地）

（名称）

氏名（代表者氏名）

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業実績報告書

令和　　年　　月　　日付　地医第　　　号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業を下記の通り実施したので、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて報告いたします。

記

１　精算額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　収支決算書（様式第９号）

３　事業報告書（様式第１０号）

４　事業実施期間　　　着手　　　令和　　年　　月　　日

完了　　　令和　　年　　月　　日

５　添付書類

（１）所要額精算書（様式第１１号）

（２）所要額明細書（様式第１２号）

（３）その他参考となる書類

（様式第９号）

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業収支決算書

１　収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

※他の資金、補助金等による収入がある場合は上記に記入してください。

２　支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 金　額 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

（様式第１０号）

事業報告書

研究会等の名称　　　　（　　　　　　　　　　）

代表者氏名　　　　　　（　　　　　　　　　　）

１　事業の分野（対象分野に○をしてください）

がん　　　脳卒中　　　心血管疾患　　　糖尿病　　　精神　　　救急　　　災害

へき地　　　周産期　　　小児　　　在宅医療　　　感染症

（重点テーマ） 脳脊髄液減少症　がん検診　病院薬剤師育成　周産期医療

２　事業の概要

３　事業実施期間

　　　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

４　活動実績の概要

（１）実施内容

（２）一般県民または医療関係者に対するセミナー等の開催実績について

　・日時　令和　　　年　　　月　　　日

　・場所

　・内容

５　この事業による石川県への医療への波及効果

６　目標の達成状況 ※事業計画書に記載した数値目標の達成度について記入してください。

７　今後の計画

（様式第１３号）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

住所（所在地）

（名称）

氏　名（代表者氏名）

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金　概算払請求書

令和　　年　　月　　日付　地医第　　　号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金のうち、下記金額を概算払で交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により請求いたします。

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 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座  ２普通 |  |  |

（様式第１４号）

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

住所（所在地）

（名称）

氏名（代表者氏名）

令和　年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金　精算請求書

令和　　年　　月　　日付　地医第　　　号により補助金の額の確定通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により請求いたします。

記

請求額　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

内訳　　交付決定額　　金　　　　　　　　　　　　円

交付確定額　　金　　　　　　　　　　　　円

交付済額　　金　　　　　　　　　　　　円

精算請求額　　金　　　　　　　　　　　　円

残　　　額　　金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座  ２普通 |  |  |

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：

（様式第１５号）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　石川県知事　　様

住所（所在地）

（名称）

氏名（代表者氏名）

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　地医第　　　号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金について、交付決定通知により交付された条件に基づき、下記のとおり報告いたします。

記

１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）第

１５条の規程による確定額又は事業実績報告による精算額

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（要返納相当額）

金　　　　　　　円

３　添付書類

（１）２の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳

（２）補助金の交付決定を受けた年度の消費税の確定申告書及び付表２「課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」

（３）その他参考書類

〈発行責任者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

〈担当者〉

役職または所属：

氏名：

ＴＥＬ：

e-mail：