様式第１号

助成金交付申請書

平成　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　宛

所在地（〒　　　　　）

　　　　　　　　企業名

　　　　　　　　　　（企業・団体申請の場合）

　　　　　　　 　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（グループ申請の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 連絡担当者（役職及び氏名）

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mailアドレス

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．活動の概要（20字以内）※採択された場合、事業名として公表されます | | | | |
| ２．目的 | | | | |
| ３．活動内容 | | | | |
| ４．期待される効果 | | | | |
| ５．（グループ申請の場合のみ）構成員　　　　　　名 | | | | |
| ６．資金計画 | 支出総額 | 円 | 助成申請額 | 円 |

※千円未満は切り捨てで記入してください。

※記載欄が足りない場合は、別紙として任意様式を添付しても構いません。

別記１

**グループ構成員名簿（予定）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 役職 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別記２

**収支予算書**

**収入（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **自己資金** |  |  |  |
| **クラスター活動助成金** |  |  |  |
| **その他** |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **対 　　　　象　　　　 経 　　　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |

様式第２号

助成金交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　　　様

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付で申請のあった下記事業については，次のとおり交付することに決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 |
| 助成対象事業 | 上記助成金交付申請書に記載のとおり |
| 助成金の額 | 円 |
| 交付の条件 | ・助成事業者は，神戸医療産業都市クラスター活動助成金交付要綱に従うこと。  ・上記のほか，助成事業の実施に際してその内容等に変更等が生じた場合は，すみやかにセンター長に報告するとともに必要な手続きを行うこと。 |

様式第３号

助成金不交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　　　様

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付で申請のあった事業については、不交付とすることに決定したので通知します。

記

１　事業名

様式第４号

助成金交付決定内容変更承認申請書

平成　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　宛

所在地（〒　　　　　）

　　　　　　企業名

　　　　　　　　　　（企業・団体申請の場合）

　　　　　　　 　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（グループ申請の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 連絡担当者（役職及び氏名）

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mailアドレス

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号をもって交付決定のあった下記事業について，次のとおり交付決定の内容を変更したいので，承認願いたく申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 |
| 変更の理由 |  |
| 助成金の額 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　円）  円 |
| 添付書類 （変更があったもののみ） | ・助成金交付申請書（様式第１号）（変更後）  ・グループ構成員名簿（別記１）（変更後）  ・収支予算書（別記２）（変更後） |

（注）表中，変更前の金額は上段に（ ）書き、変更後の金額は下段に記入する。

様式第５号

助成金交付決定内容変更承認通知書

平成　　年　　月　　日

　　　様

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付で変更申請のあった下記事業について，次のとおり承認することに決定したので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 | |
| 助成金の交付対象内容等 | 上記助成金交付決定内容変更承認申請書に記載のとおり | |
| 助成金の額 | 当初交付決定額 | 円 |
| 変更交付決定額 | 円 |
| 差引交付決定額 | 円 |
| 交付の条件 | ・交付決定内容変更承認申請書に記載の内容のほか，当初の交付決定通知書（平成　　年　　月　　日付  第　　号）の表第４項「交付の条件」のとおりとする。 | |

様式第６号

助成金事業実績報告書

平成　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　宛

所在地（〒　　　　　）

　　　　　　企業名

　　　　　　　　　　（企業・団体申請の場合）

　　　　　　　 　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（グループ申請の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 連絡担当者（役職及び氏名）

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mailアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| １.事業名 |  |
| ２.日時  （実施期間） |  |
| ３.実施内容及び成果 |  |

※記載欄が足りない場合は、別紙として任意の様式を添付しても構いません。

別記３

**グループ構成員名簿（実績）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 役職 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別記４

**収支決算書**

**収入（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **自己資金** |  |  |  |
| **クラスター活動助成金** |  |  |  |
| **その他** |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **対 　　　　象　　　　 経 　　　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |

※対象経費の支出額を証明する書類（領収書の写し等をA4の紙に印刷したもの）と事業の様子が分か

る写真（A4の紙に印刷したもの）を添付してください。

様式第７号

助成金額確定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　　　様

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった下記事業について，助成金の額を確定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 |
| 助成金の確定額 | 円 |
| 特記事項 |  |

様式第８号

助成金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 円 |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 |

上記のとおり，助成金を交付されたく請求します。

平成　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　宛

所在地（〒　　　　　）

　　　　　　企業名

　　　　　　　　　　（企業・団体申請の場合）

　　　　　　　 　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（グループ申請の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 連絡担当者（役職及び氏名）

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mailアドレス

・振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 支店 |
| 預金種目 | １．普通 ２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |
| フリガナ |  |

様式第９号

助成金交付決定取消通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　　　様

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

クラスター推進センター長　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定した下記事業については，次のとおり交付決定を取消したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市クラスター活動助成金 |
| 助成金の額 | 円 |
| 取消しの理由 |  |