様式第１号

助成金交付申請書

令和　　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・法人名

　　　　　　　　　　　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　神戸医療産業都市クラスター活動助成金交付要綱第２条に該当する拠点

所在地　　（〒　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　拠点名

|  |
| --- |
| 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．グループ構成員の企業・法人名（グループ申請の場合） |

様式第１号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ４．活動内容 | | | | |
| ５．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。

連絡担当者　所属・役職・氏名:

住所 ：（〒　　　　　）

　　　電話番号　　　　:

　　　　　　　　Ｅ-mailアドレス：

別記１

**グループ構成員名簿（予定）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企業・法人名 | 所属・役職・氏名 | 役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別記２

**収支予算書**

**収入（円）**

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

**支出（円）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **助成対　　象　　経　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費** | （消費税） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 合　　　計 | |  |  |  |

様式第２号

助成金交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

令和　　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

令和　　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 |  |
| 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

令和　　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

令和　　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

令和　　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・法人名

　 　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　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 | |
| 助成対象事業 |  | |
| 変更理由 |  | |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 添付書類 | （変更に係る書類を記載） | |

連絡担当者　所属・役職・氏名:

住所 ：（〒　　　　　）

　　　電話番号　　　　:

　　　　　　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第５号

助成金交付決定内容変更承認通知書

令和　　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

令和　　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 |
| 助成対象事業 |  |
| 変更内容 | 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 |
| 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（令和　　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

令和　　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・法人名

　 　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| １.事業名　（20字以内　※交付申請書（様式第１号）の記載内容と統一してください） |  |
| ２.事業実施期間（日時） |  |
| 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。

連絡担当者　所属・役職・氏名:

住所 ：（〒　　　　　）

　　　電話番号　　　　:

　　　　　　　　Ｅ-mailアドレス：

別記３

**グループ構成員名簿（実績）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企業・法人名 | 所属・役職・氏名 | 役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

別記４

**収支決算書**

**収入（円）**

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

**支出（円）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **助成対 象　経 費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費** | （消費税） |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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。

※上記支出の内訳が分かる台帳（支出内訳台帳）を添付してください。必要記載内容は以下のとおりです。

　記載内容：費目・エビデンス番号・内容(品名)・支払者・支払先・履行日(納品日)・税抜額・消費税額・合計額

様式第７号

助成金額確定通知書

第　　　　　　　　　号

令和　　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

令和　　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 |
| 助成対象事業 |  |
| 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 |
| 助成対象事業 |  |

上記のとおり，助成金を交付されたく請求します。

令和　　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・法人名

　 　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

・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 |  |

連絡担当者　所属・役職・氏名:

住所 ：（〒　　　　　）

　　　電話番号　　　　:

　　　　　　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第９号

助成金交付決定取消通知書

第　　　　　　　　　号

令和　　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

令和　　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 |
| 助成対象事業 |  |
| 助成金の額 | 円 |
| 取消しの理由 |  |