

補助金交付申請書

令和4年5月1日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

理事長 本庶 佑 宛

所在地 (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町六丁目3番地の7

企業・法人名 公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

代表者役職・氏名 理事長 本庶 佑 印

神戸医療産業都市研究開発補助金交付要綱第2条に該当する拠点
所在地 (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町1-5-2

拠点名 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

神戸医療産業都市研究開発補助金交付要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて申請いたします。

1. 研究・事業名 (20字以内で記載してください) ※採択された場合、公表されます				
神戸医療産業都市の研究				
2. 研究・事業を共同で実施する法人等				
株式会社〇〇 △△大学 神戸市立◇◇病院				
3. 研究・事業実施期間				
開始	令和	4年	4月	1日
終了	令和	7年	3月	31日
4. 補助対象経費及び補助金申請額 (千円未満は切り捨てで記入してください)				
補助対象経費	20,000,000円			
補助金申請額	10,000,000円			

連絡担当者 所属・役職・氏名: (公財) 神戸医療産業都市推進機構
クラスター推進センター 都市運営課 ●●
住所 : (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町1-5-2
電話番号 : 078-306-2230
E-mail アドレス : kbic-unei@fbri-kobe.org

※③臨床研究推進枠の場合は、臨床研究の可否について審議される委員会に承認される予定時期を記載すること

[illegible]

収支予算書

収入（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
神戸医療産業都市 研究開発補助金	10,000,000		
自己資金	12,000,000		
合 計	22,000,000		

支出（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
補助 対 象 経 費	原材料・消耗品費	8,000,000	〇〇購入費 実験器具、試薬
	機械設備費	3,000,000	
	外注費	5,000,000	株式会社◆◆
	人件費	500,000	(名前)
	旅費	2,000,000	〇〇出張
	その他の経費	1,500,000	会議費、通信運搬費
	小 計	20,000,000	
対 象 外 経 費	(消費税)	2,000,000	
	(間接経費)		
	小 計	2,000,000	
合 計		22,000,000	

機械設備費と人件費の合計が補助対象経費の合計額の1/2を超えることはできません。
※外注費は単独で1/2を超えることはできません。

別記 3 研究・事業体制 に記載された責任者または担当者のみ計上可。

収入の合計と支出の合計は金額が一致するようにしてください

研究・事業体制

研究・事業を共同で実施する法人および責任者または担当者

[illegible]

補助金事業中間報告書

令和5年4月1日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構
理事長 本庶 佑 宛

所在地 (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町六丁目3番地の7
企業・法人名 公益財団法人神戸医療産業都市推進機構
代表者役職・氏名 理事長 本庶 佑 印

1. 研究・事業名	※交付申請書（様式第1号）の記載内容と統一してください 神戸医療産業都市の研究			
2. 事業区分 (いずれかに○をつけてください)	① 共同研究・共同事業枠 ③臨床研究推進枠			
3. 研究・事業を共同で実施する法人等	株式会社○○ △△大学 神戸市立◇◇病院			
4. 研究・事業実施期間	開始	令和	4年	4月 1日
	終了	令和	7年	3月 31日 (予定)
5. 補助対象経費	申請時 補助対象経費（申請額）20,000,000円 補助金額（交付決定額）10,000,000円（上限） 実績 補助対象経費（現在支出額）6,000,000円			
6. 事業計画変更の有無 (対象期間：申請時または直近の中間報告時から現在まで)	(いずれかに○をつけてください)			
	変更あり 変更なし			
	変更内容（様式第4号に記載の内容）			
	変更前	(収支予算書) 機械設備費：3,000,000円、人件費：500,000円		
	変更後	(収支予算書) 機械設備費：1,000,000円、人件費：2,500,000円		

提出時点の補助対象経費の支出額を記入してください

連絡担当者 所属・役職・氏名： (公財) 神戸医療産業都市推進機構
クラスター推進センター 都市運営課 ●●●
住所 : (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町 1-5-2
電話番号 : 078-306-2230
E-mail アドレス : kbic-unei@fbri-kobe.org

(7) 実施計画（進捗状況）（実績については赤字で記載してください）

※③臨床研究推進枠の場合は、臨床研究の可否について審議される委員会の承認を得た時期を記載すること

研究・事業の項目 ・マイルストーン	初年度				2年度				3年度				
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	
○○○○○	←→												申請時
	←→				←→								実績および 最新の計画
●●●●●					←→								申請時
					←→								実績および 最新の計画
○○○○○									←→				申請時
									←→				実績および 最新の計画
													申請時
													実績および 最新の計画
													申請時
													実績および 最新の計画
													申請時
													実績および 最新の計画
													申請時
													実績および 最新の計画
													申請時
													実績および 最新の計画

備考：（必要に応じて記載してください）

中間経費明細書

支出（円）※中間報告時の実績を記入ください

項 目		金 額	内 訳	備 考
補助対象経費	原材料・消耗品費	3,000,000	〇〇購入費	
	機械設備費	1,000,000	□□□□	
	外注費	0		
	人件費	1,000,000	(名前)	
	旅費	500,000	〇〇出張	
	その他	500,000	会議費、通信運搬費	
	小 計	6,000,000		
対象外経費	(消費税)	600,000		
	(間接経費)			
	小 計	6,600,000		

連絡担当者 所属・役職・氏名： (公財) 神戸医療産業都市推進機構
クラスター推進センター 都市運営課 ●●
住所 : (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町 1-5-2
電話番号 : 078-306-2230
E-mail アドレス: kbic-unei@fbri-kobe.org

(7) 実施計画 (実績) (実績については赤字で記載してください)

※③臨床研究推進枠の場合は、臨床研究の可否について審議される委員会の承認を得た時期を記載すること

研究・事業の項目 ・マイルストーン	初年度				2 年度				3 年度				
	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	
○○○○○	←→												申請時
	←→				←→								実績
●●●●●					←→								申請時
					←→	←→							実績
○○○○○									←→	←→			申請時
									←→	←→			実績
													申請時
													実績
													申請時
													実績
													申請時
													実績
													申請時
													実績

備考：(必要に応じて記載してください)

収支決算書

収入（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
神戸医療産業都市 研究開発補助金	9,000,000		
自己資金	10,800,000		
合 計	19,800,000		

収支決算書の補助対象経費欄と
支出内訳台帳の税抜額(対象経費)が
一致するようにしてください

支出（円）		金 額	支出内訳台帳			
項 目						
補 助 対 象 経 費	原材料・消耗品費	7,000,000				
	機械設備費	3,000,000				
	外注費	5,000,000				
	旅費	1,000,000				
	その他	2,000,000				
	小 計	18,000,000				
対 象 外 経 費	(消費税)	1,800,000				
	(間接経費)	0				
	小 計	1,800,000				
合 計		19,800,000				

経費項目	予算	執行額		
		税抜額 (対象経費)	消費税額 (対象外経費)	支出金額
①原材料・消耗品費		7,000,000	700,000	7,700,000
②機械設備費		3,000,000	300,000	3,300,000
③産業財産権に関する 調査費、取得費		0	0	0
④販路開拓費		0	0	0
⑤外注費		5,000,000	500,000	5,500,000
⑥人件費		0	0	0
⑦旅費		1,000,000	100,000	1,100,000
⑧謝金		0	0	0
⑨その他の経費		2,000,000	200,000	2,200,000
合 計	0	18,000,000	1,800,000	19,800,000

収入の合計と支出の合計は
金額が一致するようにしてください

※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

※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）を添付してください。
上記書類には支出内訳台帳のエビデンス番号を記載してください。