

補助金交付申請書

2024年●月●日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

理事長 成宮 周 宛

所在地 (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1

企業・法人名 株式会社●×△

代表者役職・氏名 代表取締役 姓 名

(※個人による申請の場合)

↑役職も記入してください。

所在地 (〒)

申請者所属・役職・氏名

神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金交付要綱第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. 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。

●●●の開発

2. 事業の主な実施場所 (1つ選択)

☒神戸医療産業都市内

☐神戸市内

☐その他

1つ選択してください。

3. 事業実施期間

開始 2024年10月1日

終了 2025年9月30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 10,000,000円

補助金申請額 4,000,000円

補助対象経費を収支予算書と同一にしてください。

連絡担当者

所属・役職・氏名: 株式会社●×△

総務部 ●△

住所 : (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1

電話番号 : ●●●-●●●-●●●●

E-mail アドレス: ●●●@●●●

事業計画書

(6) 実施計画

実施項目 ・マイルストーン	実施時期			
	10～12 月	1～3 月	4～6 月	7～9 月
●●●●				
●●●●				
●●●●				

収支予算書

収入（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金	4,000,000		
自己資金	6,900,000		
合 計	10,900,000		収入と支出の合計額が一致するようにしてください。

支出（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
補助対象経費	原材料費・消耗品費	●●購入費 実験器具、試薬	・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。 ・旅費は補助対象経費の1/10を超えることはできません。
	機械設備費	●●購入費	
	産業財産権に関する調査費、取得費	●●出願費用	
	外注費	●●外注（●●株式会社）	
	人件費	(対象者名)	
	旅費	●●出張	
	その他経費	会議費	
	小 計	10,000,000	←補助対象経費の合計額
対象外経費	(消費税)	900,000	
	(間接経費)		
	小 計	900,000	
合 計		10,900,000	

補助金事業中間報告書

2024年●月●日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構
理事長 成宮 周 宛

所在地 (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1
企業・法人名 株式会社●×△
代表者役職・氏名 代表取締役 姓 名

(※個人による申請の場合)
所在地 (〒)

所属・役職・氏名

1. 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 ●●●の開発	
2. 事業の主な実施場所 （1つ選択）	☒ 神戸医療産業都市内 ☐ 神戸市内 ☐ その他	
3. 事業実施期間	開始 2024年10月1日 終了 2026年9月30日 （予定）	
4. 補助対象経費	申請時 補助対象経費（申請額） 10,000,000 円 補助金額（交付決定額） 4,000,000 円（上限） 実績 補助対象経費（現在支出額） 2,000,000 円	
5. 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	(事業実施期間) 2024年10月1日から2025年9月30日
	変更後	(事業実施期間) 2024年10月1日から2026年9月30日

連絡担当者
所属・役職・氏名：株式会社●×△
 総務部 ●△
住所 ： (〒650-0047) 神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1
電話番号 ： ●●●-●●●-●●●●●
E-mail アドレス ： ●●●@●●●

(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）

研究・事業の項目 ・マイルストーン	初年度				次年度				
	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

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	原材料費・消耗品費	1,000,000	●●購入費 実験器具、試薬	
	機械設備費	500,000	●●購入費	
	産業財産権に関する調査費、取得費	0	●●出願費用	
	外注費	0	●●外注（●●株式会社）	
	人件費	500,000	（対象者名）	
	旅費	0	●●出張	
	その他経費	0	会議費	
	小 計	2,000,000		
対象外経費	（消費税）	150,000		
	（間接経費）			
	小 計	150,000		

補助金事業実績報告書

2025年●月●日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

理事長 成宮 周 宛

所在地（〒650-0047）神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1

企業・法人名 株式会社●×△

代表者役職・氏名 代表取締役 姓 名

(※個人による申請の場合)
所在地（〒 ）

所属・役職・氏名

1. 事業名	●●●の開発
2. 事業実施期間	開始 2024年10月1日 終了 2025年9月30日
3. 補助対象経費及び補助金額	補助対象経費（申請額） 10,000,000 円 補助金額（交付決定額） 4,000,000 円 補助対象経費（実績額） 9,000,000 円 補助金額（報告額） 4,000,000 円

連絡担当者 所属・役職・氏名：株式会社●×△
総務部 ●△
住所：（〒650-0047）神戸市中央区港島南町一丁目1番地の1
電話番号：●●●-●●●-●●●●
E-mail アドレス：●●●@●●

収支決算書

収入（円）

項 目	金 額	内 訳	備 考
神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金	4,000,000		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。
自己資金	5,800,000		
合 計	9,800,000		

支出（円）

項 目		金 額	内 訳	備 考
補助対象経費	原材料費・消耗品費	4,000,000	●●購入費 実験器具、試薬	
	機械設備費	1,500,000	●●購入費	
	産業財産権に関する調査費、取得費	500,000	●●出願費用	
	外注費	1,000,000	●●外注（●●株式会社）	
	人件費	1,000,000	(対象者名)	
	旅費	100,000	●●出張	
	その他経費	900,000	会議費	
	小 計	9,000,000		
対象外経費	(消費税)	800,000		
	(間接経費)			
	小 計	800,000		
合 計		9,800,000		

※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。