様式第１号

企画提案書兼補助金交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 |  |

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　理事長　あて

【申請者（提案者）】（複数で申請する場合は代表者を１名選出し、代表者の情報を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| （代表者の）所属名・団体名 |  |
| （代表者の）氏名 |  |
| （代表者の）住所又は所属の所在地 |  |

神戸医療産業都市運営委員会の「課題解決型企画提案」を次のとおり提出します。

併せて本企画提案の実施にかかる経費に対し、次のとおり補助金の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　企画提案の名称（選定時に公表します。なるべくわかりやすい名称をつけてください） |  |
| ２　解決を目指す課題（公募要領に記載の「解決すべき課題」のうちどれに該当するかを選択し□にチェックしてください。複数回答可） | □交流促進　　□情報発信　　□人材育成　　□人材確保 |
| ３　企画提案の内容（項目ごとにできるだけ簡潔に記入してください。詳細については別紙添付でも可） | 1. ねらい】
2. 実施方法】
3. 実施予定場所】
4. 実施予定回数・頻度】
5. 期待する効果・目標】
6. 機構（都市運営委員会事務局）に期待する役割】
7. その他自由記載】
 |
| ４　実施予定時期および実施までの行程（選定から実施までの予定を月別に記入してください。実施予定時期は今年度末までの日付を設定してください。詳細については別紙添付でも可） | ＜実施までの行程＞ |
| ５　効果測定の予定（効果測定の指標、実施方法、実施予定時期、補助対象期間終了後の活動継続に向けた検証方法を記載してください） | 1. 効果測定の指標】
2. 効果測定の実施方法】
3. 効果測定の実施時期】
4. 補助対象期間終了後の活動継続に向けた検証の方法】
 |
| ６　実施にかかる経費（補助対象期間中の実施にかかる経費の総額を記入） | 　　　　　円 |
| ７　補助金交付申請額（６の経費又は100万円のいずれか低い方の金額を記入） | 円（100万円を上限とします） |
| ８　補助対象期間（今年度末までの日付を設定してください） |  |
| ９　補助金の経理担当者（申請者と同じ場合は上の□にチェックしてください） | □申請者と同じ　　電話　：　　E-mail：□申請者と異なる（以下を記入）【経理担当者の所属】【経理担当者の氏名】【経理担当者の住所（又は所属の所在地）】　　【経理担当者の連絡先】　　電話　：　　Email ： |

申請者は、下記事項を誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| チェック覧 □ | 誓約事項申請者及び構成メンバーについて、・納期が到来している市民税の滞納又は未申告者はいません。・暴力団、暴力団員、暴力団関係者その他の反社会勢力に係る団体では　ありません。本補助金の交付要綱及び公募要領を遵守します。 |

様式第1号（別記１）

**申請者（提案者）の概要**

1. **申請者（提案者）の単独・複数の区分**（以下のいずれかにチェックしてください）

□ 単独で申請 ⇒　□ 法人で申請　　□ 法人以外の団体又は個人で申請

* + 複数名で申請 ⇒ 「２.構成員名簿」に全員の情報を記入してください
1. **申請者（提案者）の消費税の課税区分**

□ 課税事業者 ⇒ 消費税抜きで申請　□ 課税事業者以外 ⇒ 消費税込みで申請可

**３. 構成員名簿（複数名で申請する場合は以下も記入）**

　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所　属 | 本活動における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※申請者及び構成メンバーについて、以下いずれかに該当する方は、本補助金の対象外となります。

・納期が到来している市民税の滞納又は未申告がある場合

・暴力団、暴力団員、暴力団関係者その他の反社会勢力に係る者が含まれる場合

様式第1号（別記２）

**収支予算書**

**１．収入（単位：円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　　金額の説明 | 備　考 |
| 課題解決型企画提案事業補助金（交付申請額） |  |  |  |
| 活動に伴う参加費等の収入 |  |  | 　　  |
| その他（自己負担など） |  |  |  |
| **合　　計** |  |  |  |

**２．支出（単位：円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内　　容 | 　金　額 | 　　金額の説明 | 備　考 |
| 補助対　　象　　経　　費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **合　　計** |  |  |  |

**（※注）以下に掲げるものは、本補助金の対象外です。**（補助金交付要綱 第５条第１項ただし書き）

**（１）補助対象者の利益となるもの、又は補助対象者自身に対して支払われるもの**

（活動に伴い補助対象者の組織に属する従業員等に支払う謝金等の実費を除く。）

**（２）飲食その他これに類する行為のために要する費用として支払うもの**

（活動に伴い行事参加者等に配付する目的で調達するお茶代等の実費を除く。）

**（３）その他機構が補助対象事業の目的や内容に照らし補助対象経費として不適当と判断するもの**

**（４）****機器類など備品等については、****取得価格が10万円以上かつ使用期間が１年以上の資産取得にかかるものは補助対象外とします。**

≪経費具体例≫（補助金要領（３）補助対象経費 の補足）

|  |  |
| --- | --- |
| 委託費、謝金、消耗品費、旅費、人件費など活動実施にかかる経費 | ・イベント実施や運営等に伴う委託費・講演会の講師謝礼、ボランティアの謝金など・交流会の案内はがき、資材の搬送など・パンフレットの作成、印刷など・活動を実施する際の会議室やレンタルスペース費など・鉛筆、ノート、テープ類といった、文具、梱包材、資材にかかる費用など・活動に使用する機器類等の費用など・ボランティアの保険料など・団体拠点から活動を実施する場所までの移動費など・雇用関係のあるスタッフ等にかかる給料、手当【注意点】・申請いただいた活動にかかる実費（使途が明確であり、かつ領収書等により経費の内容、支払先、支払い年月日及び支払金額が確認できるもの）のみ補助対象となります。・機器類など備品等については、取得価格が10万円以上かつ使用期間が1年以上の資産取得にかかるものは対象外とします。・謝金については、本事業において申請いただいた活動にかかる経費を対象に、「公益財団法人神戸医療産業都市推進機構講師等謝礼基準※」に準じた金額を補助対象とします。※例：大学教授（単価：３時間まで１時間あたり13,000円）等詳しくはお問合せください。・人件費について、申請者の従業員が講師となる場合は、当該活動で支給した手当の実費（ただし残業手当を除く）、もしくは当該活動に従事した時間×当該従業員の給料の時給単価で算定した金額を補助対象とします。 |

様式第４号

補助事業中止（変更）届

|  |  |
| --- | --- |
| 届出日 |  |

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　理事長　あて

【補助事業者（申請者）】（複数で申請する場合は代表者を１名選出し、代表者の情報を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| （代表者の）所属名・団体名 |  |
| （代表者の）氏名 |  |
| （代表者の）住所又は所属の所在地 |  |

　　　　 年　　　月　　　日付　　　　第　　　　号で交付決定のあった下記の事業について、協議の結果、次のとおり交付決定の内容を（□ 中止 ・ □ 変更）しましたので届出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸医療産業都市運営委員会課題解決型企画提案事業補助金 |
| 補助対象事業の名称 |  |
| 補助金交付決定金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 中止又は変更の理由 |  |
| 変更の場合の変更内容（記入しきれない場合は別紙添付も可） | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 添付書類（中止又は変更の説明に必要な書類を添付） |   |

様式第５号

事業実績報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 年　　月　　日 |

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　理事長　あて

【補助事業者（申請者）】（複数で申請する場合は代表者を１名選出し、代表者の情報を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| （代表者の）所属名・団体名 |  |
| （代表者の）氏名 |  |
| （代表者の）住所又は所属の所在地 |  |

　　　　　年　　　月 　 日付 　　　第　　　 号で交付決定のあった下記の事業について、

事業の実績を報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．事業の名称 |  |
| ２．事業実施期間（日時） |  |
| ３．実施内容 |  |
| ４．効果測定の結果概要と次年度以降の活動継続に向けた検証結果 |  |

※記載欄が足りない場合は、別紙添付も可。

様式第５号（別記１）

**補助事業者の概要**

1. **補助事業者の単独・複数の区分**（以下のいずれかにチェックしてください）

□ 単独で申請 ⇒　□ 法人で申請　　□ 法人以外の団体又は個人で申請

□ 複数名で申請 ⇒ 「３.構成員名簿」に全員の情報を記入してください

1. **補助事業者の消費税の課税区分**

□ 課税事業者 ⇒ 消費税抜きで精算　□ 課税事業者以外 ⇒ 消費税込みで精算

**３. 構成員名簿（複数名で申請した場合は以下も記入）**

　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所　属 | 本活動における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※申請者及び構成メンバーについて、以下いずれかに該当する方は、本補助金の対象外となります。

・納期が到来している市民税の滞納又は未申告がある場合

・暴力団、暴力団員、暴力団関係者その他の反社会勢力に係る者が含まれる場合

様式第５号（別記２）

**収支報告書**

**１．収入（単位：円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　　金額の説明 | 備　考 |
| 課題解決型企画提案事業補助金（交付決定額） |  |  |  |
| 活動に伴う参加費等の収入 |  |  |  |
| その他（自己負担など） |  |  |  |
| **合　　計** |  |  |  |

**２．支出（単位：円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内　　容 | 　金　額 | 　　金額の説明 | 備　考 |
| 補助対　　象　　経　　費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

※対象経費の支出額を証明する書類（領収書の写し等）と事業の様子が分かる写真、チラシ等を添付してください。

**（※注）以下に掲げるものは、本補助金の対象外です。**（補助金交付要綱 第５条第１項ただし書き）

**（１）補助対象者の利益となるもの、又は補助対象者自身に対して支払われるもの**

（活動に伴い補助対象者の組織に属する従業員等に支払う謝金等の実費を除く。）

**（２）飲食その他これに類する行為のために要する費用として支払うもの**

（活動に伴い行事参加者等に配付する目的で調達するお茶代等の実費を除く。）

**（３）その他機構が補助対象事業の目的や内容に照らし補助対象経費として不適当と判断するもの**

**（４）機器類など備品等については、取得価格が10万円以上かつ使用期間が１年以上の資産取得にかかるものは補助対象外とします。**

様式第７号

請　求　書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求日 | 年　　月　　日 |

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　理事長　あて

【請求者（申請者）】

|  |  |
| --- | --- |
| （代表者の）所属名・団体名 |  |
| （代表者の）氏名 |  |
| （代表者の）住所又は所属の所在地 |  |

下記のとおり補助金を請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 補助金の名称 | 神戸医療産業都市運営委員会課題解決型企画提案事業補助金 |
| 補助事業の名称 |  |
| 補助金交付確定金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

・振込先口座（※必ず請求者（申請者）と同じ名義であること）

　【ゆうちょ銀行以外の金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・　　　　　　　　　　　　　　　　本店信用金庫・農協　　　　　　　　　　　　支店 |
| 金融機関コード（４桁） |  | 店舗コード（３桁） |  |
| 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 |  |

　　【ゆうちょ銀行の場合】（通帳に表記されている記号５桁及び、番号８桁を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 通帳記号 |  |
| 預金種目 | １．普通　 　２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 通帳番号 |  |
| 口座名義 |  |
| フリガナ |  |

様式第８号

概算払請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求日 | 年　　月　　日 |

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構　理事長　あて

【請求者（申請者）】

|  |  |
| --- | --- |
| （代表者の）所属名・団体名 |  |
| （代表者の）氏名 |  |
| （代表者の）住所又は所属の所在地 |  |

　　　　　 年 　 月 　 日付　　　　第 　　 号で交付決定のあった下記の事業について、概算払い

の交付を受けたいので、補助事業の履行を確約のうえ概算払いを下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 概算払請求金額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 補助金の名称 | 神戸医療産業都市運営委員会課題解決型企画提案事業補助金 |
| 補助事業の名称 |  |
| 補助金交付決定金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

・振込先口座（※必ず請求者（申請者）と同じ名義であること）

　【ゆうちょ銀行以外の金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・　　　　　　　　　　　　　　　　本店信用金庫・農協　　　　　　　　　　　　支店 |
| 金融機関コード（４桁） |  | 店舗コード（３桁） |  |
| 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 |  |

　　【ゆうちょ銀行の場合】（通帳に表記されている記号５桁及び、番号８桁を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 通帳記号 |  |
| 預金種目 | １．普通　 　２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 通帳番号 |  |
| 口座名義 |  |
| フリガナ |  |