

記載例

様式第1号

企画提案書兼補助金交付申請書

申請日

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

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	***実行委員会
（代表者の）氏名	** **
（代表者の）住所 又は所属の所在地	（〒*** **県**市

個人のエントリーも可能です。
その場合、所属名・団体名は不要です。

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)	KBIC Meetup (ポートアイランド内企業見学ツアー)
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
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】 進出企業・団体に働く従業員や学生の交流、企業間連携を目的とする交流機会の創出 【②実施方法】 ***会社へ事業委託し、KBIC 進出企業の見学・体験等についてバスを活用したツアーを実施 【③実施予定場所】 KBIC 進出企業数社及び ANCHOR KOBE 【④実施予定回数・頻度】 1日・1回 【⑤期待する効果・目標】 進出企業が交流する機会を創出することで、企業間連携を促進し、イノベーション創出のきっかけとする。 【⑥機構（都市運営委員会事務局）に期待する役割】 過去、類似イベントにおける実施状況の確認、参加者募集及びイベント実施に当たり、スケジュールや見学先企業の相談 【⑦その他自由記載】

要領に記載の「補助対象事業」を参考に
取組む内容について具体的に簡潔に記載
してください。

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＞ 8 月 事業の告知・参加企業・参加者募集 9 月 企業・参加者の確定 10 月 事業の実施（実施予定日：<u>10 月 11 日</u>） 11 月 効果測定・検証の実施
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】 〇〇社〇〇名の参加 満足度 80%以上を目指す 【②効果測定の実施方法】 実施後、アンケートの実施 【③効果測定の実施時期】 イベント終了後 1 か月後（11 月） 【④補助対象期間終了後の活動継続に向けた検証の方法】 動画は今後作成せず、当日の運営やバス、添乗員の手配のみとする等、費用をできる限り抑え、参加費を徴収することで事業実施に係る費用 0 円を目指す。 (幹事企業を例えば都市運営員会企業で持回りを想定)
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)	1, 500, 000 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)	1, 000, 000 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)	交付決定の日から 2024 年 11 月末日まで（事業効果検証後迄）
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】 〇〇〇〇 【経理担当者の氏名】 〇〇〇〇 【経理担当者の住所（又は所属の所在地）】 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 【経理担当者の連絡先】 電話 : Email :

チェック欄 ☐	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。 助金の交付要綱及び公募要領を遵守します。
---------------------------------------	---

✓がないと受理できません。

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
2. 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
(代表者) * * * *	(代表者) * * * *	代表
(以下、構成員) * * * *	(以下、構成員) * * * *	経理
* * * *	* * * *	窓口
人件費について、補助金の対象とする場合は 該当者の所属・氏名を記載してください。		

※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

収支予算書

収入が発生する場合（例：参加費等）記載してください。

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）	1,000,000		
活動に伴う参加費等の収入	0		
その他（自己負担など）	500,000		
合 計	1,500,000		

申請者が消費税の課税事業者の場合は、消費税額を除いた金額で記載してください。

人件費について、補助金の対象とする場合は該当者について申請者（提案者）の概要（別記1）に記載してください。

内 容	金 額	金額の説明	備 考
当日運営及び企画打合せ 等委託費	1,000,000	当日運営や企画に関する 打合せ費（**へ委託）	
バス借上げ	200,000	ツアーに使用するバスの チャーター（**株式会 社へ委託）	
動画撮影・編集費	290,000	当日の様子を撮影し編集 （**株式会社へ委託）	
備品（ネームホルダー・ 養生テープ）	10,000		
合 計	1,500,000		

備品を請求する場合、購入したものを詳細に記載してください。
※単価 10 万以上かつ使用期間 1 年以上のものは補助対象経費に含まれません。
※クオカード等金券は対象外となります。

（※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。
---------------------------------------	---

補助事業中止（変更）届

届出日	****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	***実行委員会
（代表者の）氏名	** **
（代表者の）住所 又は所属の所在地	（〒***-***） **県**市**町*丁目*番*号

****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	KBIC Meetup（ポートアイランド内企業見学ツアー）	
補助金交付決定金額	1,500,000円	
中止又は変更の 理由	〇〇により補助対象期間中に実施の目途が立たなくなったため	
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）	事業中止を決定した実行委員会の議事要旨	

効果測定完了後 15 日以内、又は補助
対象期間終了後、翌年度の 4 月 10 日
のどちらか早い日までに提出してくだ
さい。

(代表者の) 所属名・団体名	***実行委員会
(代表者の) 氏名	** **
(代表者の) 住所 又は所属の所在地	(〒*** - ***) **県**市**町*丁目*番*号

記

1. 事業の名称	KBIC Meetup (ポートアイランド内企業見学ツアー)
2. 事業実施期間 (日時)	2024 年 10 月 11 日 (金) 13 : 00 ~ 17 : 30
3. 実施内容	参加者がグループに分かれ、KBIC 進出企業数社を見学し、バスにて島内の魅力発見ツアーを実施。また交流促進の取組みの一環として、グループワークを行い、グループの代表者から、事業の概要や自社で今後活かせる取組み等について発表。 事業自体の必要性・継続性・自走性（本補助金を活用せずにできる）などの観点を踏まえ、効果測定を実施するようにしてください。 ※同一と認められる事業について、2 年目以降は原則補助金の対象外となります。
4. 効果測定の結果概要と次年度以降の活動継続	**** 年 ** 月 ** 日に機構と共同で効果測定を実施。**** が参加し、満足度 90% を達成した。 また、活動継続に向けては委託事業者への委託部分を縮小し、且つ参加費用を徴収することで、来年度以降も事業を継続実施することが可能。

※記載欄が足りない場合は、別紙添付も可。

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
2. 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
(代表者) * * * *	(代表者) * * * *	代表
(以下、構成員) * * * *	(以下、構成員) * * * *	経理
* * * *	* * * *	窓口
人件費について、補助金の対象とする場合は 該当者の所属・氏名を記載してください。		

※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

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）	1,000,000		※※月※※日 概算払い受領
活動に伴う参加費等の収入	0		
その他（自己負担など）	100,000		
合 計	1,100,000		

補助事業者が消費税の課税事業者の場合は、
消費税額を除いた金額で記載してください。

2. 支出（単位：円）

内 容		金 額	金額の説明	備 考
補 助 対 象 経 費	当日運営及び企画打合せ 等委託費	750,000	当日運営や企画に関する 打合せ費（※※へ委託）	参加者数減のため当 初予定金額より減
	バス借上げ	100,000	ツアーに使用するバスの チャーター（※※株式会 社へ委託）	
	動画撮影・編集	240,000	当日の様子を撮影し編集 （※※株式会社へ委託）	
	備品（ネームホルダー・養 生テープ）	10,000	当日の運営に使用	
	合 計	1,100,000		

※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。

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	***実行委員会
(代表者の) 氏名	** **
(代表者の) 住所 又は所属の所在地	(〒***-***) **県**市**町*丁目*番*号

下記のとおり補助金を請求します。

記

請 求 金 額	1,000,000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	KBIC Meetup (ポートアイランド内企業見学ツアー)
補助金交付確定金額	1,000,000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・信用金庫・農協 *** 本店 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	*** **

概算払いを請求する場合は、交付決定通知書を受領後、機構が別に定める期間内に請求してください。

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	***実行委員会
(代表者の) 氏名	** **
(代表者の) 住所 又は所属の所在地	(〒*** - ***) **県**市**町*丁目*番*号

**** 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	1,000,000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	KBIC Meetup（ポートアイランド内企業見学ツアー）
補助金交付決定金額	1,000,000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】※様式第7号 記載同様

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	