様式第１号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　宛

所在地　　（〒　　　　　）

 　　 企業・法人名

 　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

所在地　　（〒　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　申請者所属・役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

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字以内で記入してください。採択された場合、事業名として公表されます）

２．事業実施期間

　　　　　　　　　開始　　　令和　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　終了　　　令和　　　年　　　　　月　　　　　日

３．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　　　　　　　　　　　　 円

**補助金申請額　　　　　　　　　　　　　円**

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

　事　業　計　画　書

|  |
| --- |
| 1. 本事業の目的・意義
 |
| ②　技術シーズの新規性・独自性（既存技術との比較） |
| ③　本事業で創出する製品・サービスの革新性（既存製品・サービスとの比較） |

別記１

事　業　計　画　書

|  |
| --- |
| ④　事業の実現性（ビジネスモデル（想定顧客／対象患者、マネタイズの仕組み等）、知的財産の保有・取得計画、事業化を進める上での課題等) |
| ⑤　神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金を活用して達成する目標 |

別記１

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 |
| 4～6月 | 7～9月 | 10～12月 | 1～2月 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　 |

別記１

事　業　計　画　書

|  |
| --- |
| ⑦　補助対象期間終了後の目標・事業計画 |
| ⑧　神戸医療産業都市における具体的な事業活動、起業・進出計画等 |

別記２

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 |  |  |  |
| 自己資金 |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　内　訳 | 備　考 |
| 対 　　　　象　　　　 経 　　　　費 | (経費区分から選択) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 対 象 外 経 費 | (消費税) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |

別記3 (個人で申請する場合のみ)

申請者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名　　 |  |
| 生年月日 |  |
| 所属・役職 |  |
| 学位 | （授与機関）（学位）博士・修士・学士・なし（取得年） |
| 事業等に関する経歴 |  |
| 本事業に関連するこれまでの成果 | （特許、論文、発明等を記入してください） |

様式第２号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日付で申請のあった補助金の交付について，次のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |
| 補助金の額 | 円（上限）　　　　　 |
| 交付の条件 | ・補助事業者は，交付要綱に従うこと。・上記のほか，補助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，すみやかに理事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（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日付で申請のあった神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金について，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（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　宛

所在地（〒　　　　　）

 　　　 企業・法人名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

　　所在地（〒　　　　　）

 　　 所属・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

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |
| 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（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |
| 変更内容 | 上記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，交付決定通知書（令和　　年　　月　　日付第　　号）の「交付の条件」のとおりとする。 |

様式第６号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

概算払請求書

令和　　年　　月　　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（〒　　　　　）

 　　　 企業・法人名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

　　所在地（〒　　　　　）

 　　 所属・役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　印

令和　　年　　月　　日付で交付決定を受けた補助事業を遂行することを確約し、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10条に基づき、概算払を受けたいので次のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　事業名

　２　請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円（千円未満切り捨て）

　３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 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7号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

補助事業実績報告書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

理事長　本庶　佑　宛

 所在地（〒　　　　　）

 　　　 企業・法人名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

　　所在地（〒　　　　　）

 　　 所属・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） |
| 1. 事業実施期間
 | 開始　　　　　　年　　　　月　　　　日終了　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 3．補助対象経費及び補助金額補助対象経費（申請額）　　　　　　　　　　　円補助金額（交付決定額）　　　　　　　　　　　円補助対象経費（実績額）　　　　　　　　　　　円補助金額（報告額）　　　　　　　　　　　　　円 |

連絡担当者

所属・役職・氏名:

住所（〒　　　　　）

 電話番号　　　　:

　Ｅ-mailアドレス：

|  |
| --- |
| 4．事業の内容及び目標達成状況 |
| ５．期待される効果／神戸医療産業都市の発展に与える効果 |
| 6．今後の展開 |

**※写真・図表等、内容のわかる資料を添付してください。**

別記４（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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 |  |  |  |
| 自己資金 |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　内　訳 | 備　考 |
| 対 　　　　象　　　　 経 　　　　費 | (経費区分から選択) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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）を添付してください。

※上記支出の内訳が分かる台帳（様式任意）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・内容・支払者・支払先・履行日・税抜額・消費税額・合計額

様式第８号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

補助金額確定通知書

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

　　　　　理事長　本庶　佑　　　　　　　　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，補助金の額を確定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |
| 補助金の確定額 | 円　　　　　 |
| 特記事項 |  |

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（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

補助金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 補 助 金 額 | 円　 |
| 既に概算払をしている額 | 円　 |
| 差引請求額（または返還金額） | 円　 |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |

上記のとおり，補助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

理事長　本庶　佑　　　宛

所在地（〒　　　　　）

 　　　 企業・法人名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

　　所在地（〒　　　　　）

 　 所属・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10号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

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

理事長　本庶　佑　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金 |
| 補助対象事業 |  |
| 補助金の額 | 円　　 |
| 取消しの理由 |  |

様式第11号（神戸ライフサイエンスギャップファンド補助金）

財産処分承認申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人神戸医療産業都市推進機構

理事長　　本庶　佑　宛

所在地（〒　　　　　）

 　　　 企業・法人名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　 （※個人による申請の場合）

　　所在地（〒　　　　　）

 　 所属・役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　印

令和　　年　　月　　日付で交付決定を受けた補助事業について、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１９条第２項に基づき次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| １．事業名 |
| ２．処分する財産名　　　　　　 |
| ３．処分方法（いずれかに○印をつけてください）　　　　　返品　　売却　　譲渡　　交換　　貸与　　破棄　　その他　　（その他の場合は下記に詳細を記載してください） |
| ４．処分の相手方（相手方がある場合は住所、氏名・団体名、使用目的を記載してください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ５．処分理由 |

連絡担当者

所属・役職・氏名:

住所（〒　　　　　）

 電話番号　　　　:

　Ｅ-mailアドレス：