

助成金交付申請書

令和2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 2-2

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助成金交付要綱第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助成金交付要綱第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・事業の概要（20字以内で記載してください） ※採択された場合、研究・事業名として公表されます 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 2年 4月 1日 終了 令和 5年 3月 31日
4. 助成対象経費及び助成金申請額（千円未満は切り捨てで記入してください） 助成対象経費 20,000,000円 助成金申請額 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・広報課 ●●
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

研 究 ・ 事 業 計 画 書

研究・事業の概要（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）

神戸医療産業都市の研究

① 研究・事業の目的及び意義

② 研究・事業の方法及び手段

収支予算書

収入 (円)

項 目	金 額	内 訳	備 考
神戸医療産業都市 研究開発助成金	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
助 成 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	
	委託費	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	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		

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

助成金事業中間報告書

令和3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2-2

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

(若手研究者支援枠のみ記載)
申請者所属・役職・氏名 印

1 研究・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)											
	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)	<input checked="" type="radio"/> 共同研究・共同事業枠	<input type="radio"/> 若手研究者支援枠										
3. 研究・事業実施期間	開始	令和2年 4月 1日										
	終了	令和5年 3月 31日	(予定) 提出時点の助成対象経費の支出額を記入してください									
4. 助成対象経費	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 申請時</td> <td>助成対象経費(申請額)</td> <td>20,000,000円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>助成金額(交付決定額)</td> <td>10,000,000円(上限)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 実績</td> <td>助成対象経費(現在支出額)</td> <td>6,000,000円</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 申請時	助成対象経費(申請額)	20,000,000円		助成金額(交付決定額)	10,000,000円(上限)	<input type="checkbox"/> 実績	助成対象経費(現在支出額)	6,000,000円
<input type="checkbox"/> 申請時	助成対象経費(申請額)	20,000,000円										
	助成金額(交付決定額)	10,000,000円(上限)										
<input type="checkbox"/> 実績	助成対象経費(現在支出額)	6,000,000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・広報課 ●●
 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

中間経費明細書

支出 (円)

	項 目	金 額	内 訳	備 考
助 成 対 象 経 費	原材料・消耗品費	3,000,000	〇〇購入費	
	機械設備費	2,000,000	□□□□	
	委託費	0		
	人件費	0	(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)	0		
	小 計	600,000		
	合 計	6,600,000		

助成金事業実績報告書

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2-2

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

(若手研究者支援枠のみ記載)
申請者所属・役職・氏名 印

1.研究・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)		
	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)	<input checked="" type="radio"/> 共同研究・共同事業枠	<input type="radio"/> 若手研究者支援枠	
3.研究・事業実施期間	開始	令和2年	4月 1日
	終了	令和5年	3月 31日
4.助成対象経費及び助成金額	共同研究・共同事業枠の場合、助成対象経費の1/2が上限です。		
	申請時		
	助成対象経費(申請額)	20,000,000円	
	助成金額(交付決定額)	10,000,000円	
	実績		
	助成対象経費(実績額)	18,000,000円	
	助成金額(報告額)	9,000,000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・広報課 ●●
 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

収支決算書

収入（円）

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

収支決算書の助成対象経費欄と
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）

項 目	金 額	2020年4月2日 支出内訳台帳		
		経費項目	予算	執行額
助 成 対 象 経 費	原材料・消耗品費	7,000,000	0	0
	機械設備費	3,000,000	0	0
	委託費	5,000,000	0	0
	旅費	1,000,000	0	0
	その他	2,000,000	0	0
	小 計	18,000,000	0	0
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		支出金額
		税抜額 (対象経費)	消費税額 (対象外経費)	
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産業財産権取得費		0	0	0
④販路開拓費		0	0	0
⑤委託費		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その他		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。