様式第１号（共同研究・共同事業枠）

助成金交付申請書

平成　　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

　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 |
| ２．研究・事業を共同で実施する法人等 |
| ３．事業実施期間　　　　　　　　　開始　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　終了　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ４．助成金申請額（千円未満は切り捨てで記入してください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

連絡担当者

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第１号（若手研究者支援枠）

助成金交付申請書

平成　　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

　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　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 |
| ２．事業実施期間　　　　　　　　　開始　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　終了　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ３．助成金申請額（千円未満は切り捨てで記入してください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

連絡担当者

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

別記１

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） |
| 1. 研究・事業の目的及び意義
 |
| 1. 研究・事業の方法及び手段
 |

別記１

研　　究　・　事　　業　　計　　画　　書

|  |
| --- |
| ③　研究・事業の特徴（新規性、独自性　等） |
| ④　研究・事業により期待される効果 |

別記１

研　　究　・　事　　業　　計　　画　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑤　実施計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究・事業の項目・マイルストーン | 担当者 | 初年度 | 次年度 |
| 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　 |

別記１

|  |
| --- |
| ⑥　助成対象期間終了後の目標（年度ごとに記載してください）　　　 |
| ⑦　他の助成金等の活用状況（過去の採択実績および今後の見込みを含む） |

研　　究　・　事　　業　　計　　画　　書

別記２

**収支予算書**

**収入（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　　内　訳 | 備　考 |
| **自己資金** |  |  |  |
| **神戸医療産業都市****研究開発助成金** |  |  |  |
| **借入金** |  |  |  |
| **その他** |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　内　訳 | 備　考 |
| **対 　　　　象　　　　 経 　　　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |

別記３（共同研究・共同事業枠のみ）

**研究・事業体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 共同研究・共同事業を実施する法人等 | 役割分担 |
| （申請者）【責任者役職・氏名】 |  |
| （法人等名）【責任者役職・氏名】 |  |
| （法人等名）【責任者役職・氏名】 |  |
| （法人等名）【責任者役職・氏名】 |  |
| （法人等名）【責任者役職・氏名】 |  |

別記４（若手研究者支援枠のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| （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） |
| 研究・事業等に関する経歴 |  |
| 当該研究・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） |

**申請者の概要**

様式第２号

助成金交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　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

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

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |
| 助成金対象事業 | 上記助成金交付申請書に記載のとおり |
| 助成金の額 | 円　　　　　 |
| 交付の条件 | ・助成事業者は，神戸医療産業都市研究開発助成金交付要綱に従うこと。・上記のほか，助成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

助成金不交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　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

平成　　年　　月　　日付で申請のあった助成金について，不交付とすることに決定したので通知します。

記

１　研究・事業名

様式第４号

助成金交付決定内容変更承認申請書

平成　　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

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

申請者役職・氏名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

平成　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |
| 変更の理由 |  |
| 助成金の額 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　円）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円　　　　　変更前の金額は上段に（ ）書き、変更後の金額は下段に記入する。 |
| 添付書類 | ・研究・事業計画書（別記１）（変更後）・収支予算書（別記２）（変更後）・その他変更があったものについて，変更後の書類を提出 |

連絡担当者

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第５号

助成金交付決定内容変更承認通知書

平成　　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

平成　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |
| 助成対象事業 | 上記助成金交付決定内容変更承認申請書に記載のとおり |
| 助成金の額 | 当初交付決定額 | 円　　 |
| 変更交付決定額 | 円　　 |
| 差引交付決定額 | 円　　　　　　 |
| 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，当初の交付決定通知書（平成　　年　　月　　日付第　　号）の表第４項「交付の条件」のとおりとする。 |

様式第６号

助成金概算払請求書

平成　　年　　月　　日

（公財）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

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

申請者役職・氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付で交付決定を受けた助成事業を遂行することを確約し、神戸医療産業都市研究開発助成金交付要綱第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（千円未満は四捨五入してください）

　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

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第７号

助成金事業中間報告書

平成　　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

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・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） |
| ２．事業区分（いずれかに○をつけてください） | 共同研究・共同事業枠　　　　　　　若手研究者支援枠 |
| ３.事業実施期間 | 開始　　　　　　年　　　　月　　　　日終了　　　　　　年　　　　月　　　　日　（予定） |
| ４．初年度の支払に要した経費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円うち、本研究開発助成金充当分　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

連絡担当者

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

|  |
| --- |
| ５．当該年度における研究・事業の進捗及び目標達成状況 |
| ６．翌年度における目標の達成見込 |

別記５

**初年度経費明細書**

**支出（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　内　訳 | 備　考 |
| **対 　　　　象　　　　 経 　　　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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。**

様式第８号

助成金事業実績報告書

平成　　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

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・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） |
| ２．事業区分（いずれかに○をつけてください） | 共同研究・共同事業枠　　　　　　　若手研究者支援枠 |
| ３.事業実施期間 | 開始　　　　　　年　　　　月　　　　日終了　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ４．総事業費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円うち、本研究開発助成金充当分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

連絡担当者

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

|  |
| --- |
| ５．研究・事業の内容及び目標達成状況 |
| 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６

**収支決算書**

**収入（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　　内　訳 | 備　考 |
| **自己資金** |  |  |  |
| **神戸医療産業都市****研究開発助成金** |  |  |  |
| **借入金** |  |  |  |
| **その他** |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 　金　額 | 　　内　訳 | 備　考 |
| **対 　　　　象　　　　 経 　　　　費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |  |
| **対 象 外 経 費**  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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。**

様式第９号

助成金額確定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　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

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった下記事業について，助成金の額を確定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |
| 助成金の確定額 | 円　　　　　 |
| 特記事項 |  |

様式第10号

助成金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 助 成 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　 |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |

上記のとおり，助成金を交付されたく請求します。

平成　　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（〒　　　　　）

 　　　　　　　 企業名

 　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・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

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：

様式第11号

助成金交付決定取消通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　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

平成　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発助成金 |
| 助成金の額 | 円　　 |
| 取消しの理由 |  |

様式第12号

財産処分承認申請書

平成　　年　　月　　日

（公財）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

　　　　　　　　　　　　（若手研究者支援枠のみ記載）

　　　　　　　　　　　　　　　申請者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

平成　　年　　月　　日付で交付決定を受けた助成事業について、神戸医療産業都市研究開発助成金交付要綱第20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

役職・氏名:

 　　　電話番号:

　　　　　　　　　　　　　　 　　　Ｅ-mailアドレス：