様式第10号－①共同研究・共同事業枠 ②若手研究者支援枠 ③臨床研究推進枠

補助金事業実績報告書

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　成宮　周　宛

所在地　　（〒　　　　　）

　　 企業・法人名

　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　（個人での申請の場合のみ記載）

　　　　　　　　　　　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） |
| ２．事業区分  （いずれかに○をつけてください） | 1. 共同研究・共同事業枠　　　　 　②　若手研究者支援枠   ③　 臨床研究推進枠 |
| ３．研究・事業を共同で実施する法人等 | 1. 法人等の名称 2. 法人等の所在地   ※①共同研究・共同事業枠　③臨床研究推進枠のみ記載 |
| ４共同研究・事業の主な実施場所（１つ選択） | 神戸医療産業都市内　　　神戸市内　　　その他 |
| ５．研究・事業実施期間 | 開始　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  終了　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ６．補助対象経費及び補助金額 | 申請時  補助対象経費（申請額）　　　　　　　　　　　円  補助金額（交付決定額）　　　　　　　　　　　円（上限）  　実　績  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：

|  |
| --- |
| （１）研究・事業の目的及び意義 |
| （２）研究・事業の方法及び手段 |
| （３）研究・事業の特徴（新規性、独自性　等） |
| （４）研究・事業の目標達成状況 |

※写真・図表等、内容のわかる資料を添付してください。

|  |
| --- |
| （５）研究・事業により期待される効果／神戸医療産業都市の発展に与える効果 |
| （６）今後の展開（今後３年以内の目標、方法・手段、スケジュール　等） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （７）実施計画（実績）（実績については赤字で記載してください）  　※③臨床研究推進枠の場合は、臨床研究の可否について審議される委員会の承認を  得た時期を記載すること   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 研究・事業の項目  ・マイルストーン | 初年度 | | | | ２年度 | | | | ３年度 | | | | | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | 1Q | 2Q | 3Q | 4Q | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請時 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実績 |   備考：（必要に応じて記載してください） |

別記７－全補助対象枠共通

**収支決算書**

**収入（円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 金　額 | 内　訳 | 備　考 |
| **神戸医療産業都市**  **研究開発補助金** |  |  |  |
| **自己資金** |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |

**支出（円）**

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

**※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。**

様式第11号 全補助対象枠共通

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　成宮　周　　　　　　　　　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 | 神戸医療産業都市研究開発補助金 |
| 研究・事業名 |  |
| 補助金の確定額 | 円 |
| 特記事項 |  |

様式第12号 全補助対象枠共通

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 | 神戸医療産業都市研究開発補助金 |
| 研究・事業名 |  |

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　成宮　周　　宛

所在地　　（〒　　　　　）

　　　 企業名

　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（個人での申請の場合のみ記載）

　　　　　　　　　　　　申請者所属・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13号 全補助対象枠共通

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　成宮　周　　　　　　　　　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 | 神戸医療産業都市研究開発補助金 |
| 研究・事業名 |  |
| 補助金の額 | 円 |
| 取消しの理由 |  |

様式第14号－全補助対象枠共通

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　　成宮　周　宛

所在地　　（〒　　　　　）

　　　 企業・法人名

　　　 代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（個人での申請の場合のみ記載）

　　　　　　　　　　　　申請者所属・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，神戸医療産業都市研究開発補助金交付要綱第20条第２項に基づき次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| １．研究・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：

様式第15号－全補助対象枠共通

財産処分承認通知書

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　成宮　周　　　　　　　　　印

令和　年　月　日付で財産処分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。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の名称 | 神戸医療産業都市研究開発補助金（　年度） |
| 研究・事業名 |  |
| 処分する財産名 |  |
| 処分の相手方 |  |
| 処分方法・理由 |  |
| 処分の条件 | ・その他，必要と認める書類等の提出を依頼した場合には速やかに対応すること。  ・財産処分の手続き完了後，神戸医療産業都市研究開発補助金交付要綱第20条第４項に基づき請求を受けた場合には速やかに納付すること。 |