　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第1号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付申請書  第　　　　　号  　年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名      　　年度において看護師養成所等における実習補完事業を実施したいので、補助金を交付されるよう  関係書類を添えて申請します。  なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。  １　交付申請  　（1）金額　　　　　　　　円  　　　（補助金所要額）　（補助金に係る消費税仕入控除税額等）　（補助金額）  　　　　　　　　　円　－　　　　　　　　　　　　　　　円　＝　　　　　　　円  （2）事業の目的    　２　概算払の承認申請  　　（1）金額　　　　　　　　円  　　（2）理由  　　（3）時期 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第1号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付申請書  第　　　　　号  　年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　年度において看護師養成所等における実習補完事業を実施したいので、補助金を交付されるよう  関係書類を添えて申請します。  なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。  １　交付申請  　（1）金額　　　　　　　　円  　　　（補助金所要額）　（補助金に係る消費税仕入控除税額等）　（補助金額）  　　　　　　　　　円　－　　　　　　　　　　　　　　　円　＝　　　　　　　円  （2）事業の目的    　２　概算払の承認申請  　　（1）金額　　　　　　　　円  　　（2）理由  　　（3）時期  　口座振替先　金融機関名  　　　　　　　支店名  　　　　　　　口座種別  　　　　　　　口座番号  　　　　　　　口座名義人（カナ）  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  看護師養成所等における実習補完事業計画変更承認申請書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者　　氏　　名    　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号により補助金交付の決定を受けた看護師養成所等におけ  る実習補完事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  １　計画変更の理由  ２　変更の内容 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  看護師養成所等における実習補完事業計画変更承認申請書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号により補助金交付の決定を受けた看護師養成所等におけ  る実習補完事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  １　計画変更の理由  ２　変更の内容  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　新 旧

看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実　　　績　　　報　　　告　　　書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた看護師養成所等における実習補完事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実　　　績　　　報　　　告　　　書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　　氏　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた看護師養成所等における実習補完事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　新 旧

看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第９号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  　請　　　求　　　書（概算払請求書）    金　　　　　　　　　　　　　円  　ただし、　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の確定（決定）を受けた看護師養成所等における実習補完事業の補助金として、上記のとおり請求します。  年　月　日  静岡県知事　氏　　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座振替先金融機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座種別　　　　　№ |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第９号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  　請　　　求　　　書（概算払請求書）    金　　　　　　　　　　　　　円  ただし、　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の確定（決定）を受けた看護師養成所等における実習補完事業の補助金として、上記のとおり請求します。  年　月　日  静岡県知事　氏　　　名　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

新 旧

看護師養成所等における実習補完事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第10号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）    消費税仕入控除税額等報告書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　氏　　　名　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた看護師養成所等における実習補完事業の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。  １　補助金の確定額　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  　　　（　　年　月　日付け　　第　　号による額の確定通知額）  ２　補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  ３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  ４　補助金返還相当額（３の額から２の額を差し引いた額）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  （注）　記載内容が確認できる書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収  入の割合が確認できる資料等）を添付すること。 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第10号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）    消費税仕入控除税額等報告書  第　　　　　号  年　　月　　日  静岡県知事　氏　　　名　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　氏　　名    　　　　年　月　日付け　第　　号により補助金の交付の決定を受けた看護師養成所等における実習補完事業の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。  １　補助金の確定額　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  　　　（　　年　月　日付け　　第　　号による額の確定通知額）  ２　補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  ３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  ４　補助金返還相当額（３の額から２の額を差し引いた額）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円  （注）  １　記載内容が確認できる書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入  の割合が確認できる資料等）を添付すること。  ２　以下の項目についても記載すること。  　　　　責任者　職・氏名  　　　　作成者　職・氏名 |