

様式第 1 号 (第 3 条関係)

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金交付申請書

第 号
令和△年△月△日

愛媛県知事 中村 時広 様

内示に記載された補助事業者
名を記入。
住所、医療機関名の記載漏れ
に注意してください。

松山市一番町 4 丁目 4 - 2
補助事業者名 医療法人 ○○会 ○○病院
理事長 ○○ ○○代表者印

令和△年度において標記事業を次のとおり実施したいので、愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金交付要綱第 3 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金申請額 金△△, 000円也
- 2 事業計画書 (別紙 1 のとおり)
- 3 添付書類
 - (1) 見積書
 - (2) 収支予算書 (別紙 2 のとおり)

別紙 1

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業計画書

I 整備内容

1 必要理由

臨床調査個人票の電子化等に係る環境整備のため。

2 設備の内容

オンライン入力用パーソナルコンピュータ 一式

II 補助金額

整備内容	補助事業費 (円)	補助率	補助金額 (円)
オンライン入力用パーソナルコンピュータ 一式	△△△, △△△	1/2	△△, 000

※補助金額の上限額は 50,000 円 1,000 円未満切り捨て

消費税込みの金額
収支予算書の (A)
(B) と同額。

補助事業費に補助率をかけた額または内示額を比較し
少ない方の額。

別紙 2

収 支 予 算 書

1 収入の部

区 分	予 算 額 (円)	摘 要
県補助金	△△, 000	愛媛県臨床調査個人票電子化推進 事業費補助金
自主財源	△△, △△△	
計	(A) △△△, △△△	

2 支出の部

区 分	予 算 額 (円)	摘 要
備品購入費	△△△, △△△	
計	(B) △△△, △△△	

様式第 4 号 (第 7 条関係)

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業実績報告書

第 号
令和△年△月△日

愛媛県知事 中村 時広 様

交付決定通知書に記載された
補助事業者名を記入。
住所、医療機関名の記載漏れ
に注意してください。

交付申請書と同じ印
を押印して下さい

松山市一番町4丁目4-2
補助事業者名 医療法人 ○○会 ○○病院
理事長 ○○ ○○代表者印

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった補助事業の実績について、愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

交付決定通知書の日付と文書
番号を記入してください

- 1 補助事業実績報告書 (別紙4のとおり)
- 2 添付書類
 - (1) 領収書
 - (2) 整備物品等の写真
 - (3) 収支決算書 (別紙5のとおり)

【作成上の注意】

- ・金額は、消費税込みの金額を記入してください。
- ・事業実施期間は、購入日から支払い完了日※または設置完了日の遅い方の日付を記入してください。

【クレジットカードにより支払った場合は以下の書類を添付してください】

- ・カード会社発行の「カード利用代金明細書」
- ・クレジットカード決済口座の通帳の該当部分
- ・医療機関(補助事業者)の口座からクレジットカード名義人(個人)への振込がわかるもの(通帳、払込票等のコピー) (個人名義カードの場合のみ)

※法人名義のクレジットカードの場合は、クレジットカード会社からの引落としをもって、個人名義のクレジットカードの場合、補助事業者からクレジットカード名義人口座への振込をもって事業が完了となります。

別紙 4

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業実績報告書

I 整備による成果

臨床調査個人票のオンライン登録環境が整った。

II 事業の実施に関する事項

整備内容	補助事業費 (円)	補助率	補助金額 (円)
オンライン入力用パーソナルコンピュータ一式	△△△, △△△	1/2	△△, 000

※補助金額の上限額は 50,000 円 1,000 円未満切り捨て

III 事業実施期間

令和△年△月△日 ～ 令和△年△月△日

別紙 5

事業収支決算書

1 収入の部

区 分	決 算 額 (円)	摘 要
県補助金	△△, 000	愛媛県臨床調査個人票電子化推進 事業費補助金
自主財源	△△, △△△	
計	△△△, △△△	

2 支出の部

区 分	決 算 額 (円)	摘 要
備品購入費	△△△, △△△	
計	△△△, △△△	

様式第 5 号 (第 9 条関係)

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金精算払請求書

第 号
令和△年△月△日

愛媛県知事 中村 時広 様

交付決定通知書に記載された
補助事業者名を記入。
住所、医療機関名の記載漏れ
に注意してください。

交付申請書と同じ印
を押印して下さい

松山市一番町 4 丁目 4 - 2
補助事業者名 医療法人 ○○会 ○○病院
理事長 ○○ ○○ **代表者印**

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記
補助金について、愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金交付要綱第 9 条の規
定により、次のとおり請求します。

記 交付決定通知書の日付と文書
番号を記入してください

一 金 △△, 000 円 也

内訳	交付決定通知額	金	△△, 000 円	也
	概算払受領済額	金	0 円	也
	今回請求額	金	△△, 000 円	也

様式第7号 (第15条関係)

愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金に係る
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

第 号
令和△年△月△日

愛媛県知事 中村 時広 様

交付決定通知書に記載された
補助事業者名を記入。
住所、医療機関名の記載漏れ
に注意してください。

交付申請書と同じ印
を押印して下さい

松山市一番町4丁目4-2
補助事業者名 医療法人 ○○会 ○○病院
理事長 ○○ ○○ 代表者印

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記
補助金について、愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業費補助金交付要綱第15条の規
定により、下記のとおり報告します。

記

交付決定通知書の日付と文書
番号を記入してください

1 補助金交付要綱第8条の補助金の額の確定額
(○○○年○月○日付け 第○○○号による額の確定通知額)
金 △△, 000円也

補助金額確定通知書の日付と
文書番号を記入してください

2 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税等相当額
金 0円也

3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入れに係る消費税等相当額
金 ○○○円也

4 補助金返還相当額 (3-2)
金 ○○○円也

5 添付書類
3の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

(報告額が0円の場合)

(愛媛県臨床調査個人票等電子化推進事業)
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書
報告額が0円である理由書

交付決定通知書に記載された
補助事業者名を記入。
住所、医療機関名の記載漏れ
に注意してください。

補助事業者名

所在地 松山市一番町4丁目4-2

事業主体名 医療法人 ○○会 ○○病院

代表者職氏名 理事長 ○○ ○○

押印不要です。

報告額が0円である理由について該当するものにチェックしてください。

- 消費税の申告義務がない
- 簡易課税方式により申告している
- 公益法人等であって、特定収入割合が5%を超えている(該当する公益法人等については消費税法別表第3を参照してください。)
- 補助対象経費にかかる消費税を、個別対応方式において、「非課税売上のみ」に要するものとして申告している
- その他
(理由：)

※0円であることの証拠書類は提出不要です。