別記様式第２号（第６条関係）

群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金　交付申請書

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　宛て

　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |

　群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定に基づき下記のとおり申請する。

記

１　事業費（支出計画）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣（医師） | ① | 31,183円× | 回＝ | 円 |
| 派遣（医師以外の職種） | ② | 21,160円× | 回＝ | 円 |
| 旅費加算 | ③ | 1,200円× | 回＝ | 円 |
| 相談対応 | ④ | 556円× | 件＝ | 円 |
| コーディネータ人件費 | ⑤ | 50,000円× | 月＝ | 円 |
| 会議・研修費 | ⑥ | 円 | | |
| 内訳 |  |  | | |
| その他事業費 | ⑦ | 円 | | |
| 内訳 |  |  | | |
| 総事業費①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦ | ⑧ | 円 | | |

２　収入見込み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助金 | ⑨ | 円 |  |
| 寄付金その他の収入（入場料、講習料、資料代など） | ⑩ | 円 |  |
| その他収入 | ⑪ | 円 |  |
| 総収入　⑨＋⑩＋⑪ | ⑫ | 円 | ⑧と一致すること |

３　補助所要額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総事業費　⑧ | ⑧ | 円 |  |
| 寄付金その他の収入（入場料、講習料、資料代など） | ⑬ | 円 | ⑩と一致すること |
| 差引額⑧－⑬ | ⑭ | 円 |  |
| 対象経費の支出予定額 | ⑮ | 円 |  |
| 内示額 | ⑯ | 円 |  |
| 選定額　⑭、⑮、⑯のうち最も少ない額 | ⑰ | 円 |  |
| 補助所要額　⑰の千円未満の端数を切り捨てた額 | ⑱ | 円 |  |

４　消費税の算定

|  |  |
| --- | --- |
| 事業費に消費税相当額を | 含む。／含まない。 |

５　事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| 時期 | 内容 |
|  |  |

６　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 郵便番号・所在地 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メイルアドレス |  |