別記第１号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付申請書

　　　　年度において、次のとおり千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業を実施したいので、千葉県補助金等交付規則第３条の規定により関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

１　補助金の申請額　　　金　　　　　　　　　　　円

２　事業の種類　　　　　千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

３　所要額調書（別紙１）

４　事業計画書（別紙２－１、２－２、２－３）

５　所要額明細書（別紙３－１、３－２、３－３）

６　添付書類

（１）歳入歳出予算書の抄本

（２）誓約書（別紙１２）、役員等名簿（別紙１３）

（３）その他参考となる書類

別記第２号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度消費税等に係る仕入控除税額報告書

　　　　　年　　月　　日千葉県医指令第　　　　号で補助金交付決定のあった千葉県　勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県勤務医の労働時間短縮に　向けた体制整備事業補助金交付要綱第６条第８号の規定により下記のとおり報告します。

記

１　補助金の額の確定額　　　　　　金　　　　　　　　　円

２　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除　税額　　　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

３　補助金返還相当額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

４　その他参考となるべき資料（２及び３の金額の精算の内訳等）

別記第３号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金変更（中止・廃止）承認申請書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医指令第　　　　号で補助金交付決定のあった　千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業を次のとおり変更（中止・廃止）　　　したいので、千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付要綱第７条の規定により承認申請します。

１　変更（中止・廃止）事業名　　千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業

２　変更（中止・廃止）の理由

３　変更前計画

４　変更後計画

別記第４号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金実績報告書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医指令第　　　　号で補助金交付の決定のあった　千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県補助金等交付規則　第１２条の規定により関係書類を添えてその実績を報告します。

１　所要額精算書（別紙６）

２　実績報告書（別紙７－１、７－２、７－３）

３　実績明細書（別紙８－１、８－２、８－３）

４　添付書類

（１）歳入歳出決算書抄本

（２）その他参考となる資料

別記第５号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金状況報告書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医指令第　　　　号で補助金交付の決定のあった　千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業について、千葉県勤務医の労働時間　短縮に向けた体制整備事業補助金交付要綱第９条の規定によりその状況を報告します。

１　報告する事業区分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当  事業 | 事業区分 | 添付書類 |
|  | 地域医療勤務環境改善体制整備事業 | 別紙１０ |
|  | 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業 |
|  | 勤務環境改善医師派遣等推進事業 | 別紙１１－１、１１－２ |

※ 報告対象となる事業区分に〇をつけてください。

※ 勤務環境改善医師派遣等推進事業の場合、派遣先医療機関において作成をした　　別紙１１－２を取りまとめて添付してください。

別記第６号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金交付請求書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医達第　　　号で額の確定のあった千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金を千葉県補助金等交付規則第１５条の規定により下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行 |  | 支店 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
| 口座名 |  | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |

別記第７号様式

文書番号

　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　様

補助事業者

住　　　　所

氏名又は名称

（代表者名）

医 療 機 関 名

　　　年度千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金概算払請求書

　　　　年　　月　　日付け千葉県医指令第　　　　号で補助金交付の決定のあった千葉県勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業補助金を千葉県補助金等交付規則　　第１６条の規定により下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行 |  | 支店 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
| 口座名 |  | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |