

千葉県知事

様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

対象施設名

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
小児診療等対応医師確保支援事業補助金について、千葉県小児診療等対応医師確保支援
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）

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事

様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

対象施設名

年度千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金変更（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
千葉県小児診療等対応医師確保支援事業を次のとおり変更（中止・廃止）したいので、
千葉県小児診療等対応医師確保支援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
- 2 変更（中止・廃止）の理由
- 3 変更前計画
- 4 変更後計画

千葉県知事

様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

対象施設名

年度千葉県小児診療等対応医師確保支援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
千葉県小児診療等対応医師確保支援事業について、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 経費所要額精算書（別紙5）
- 2 実績明細書（別紙6）
- 3 添付書類
 - （1）事業実績報告書
 - （2）歳入歳出決算書抄本
 - （3）その他参考となる資料（納品書や契約書、振込明細書など支払いが分かる書類など）

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

所在地

名称

代表者名

対象施設名

年度千葉県小児診療等対応医師確保支援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小児
診療等対応医師確保支援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

口座名

預金種別

普通 ・ 当座

口座番号

文 書 番 号
年 月 日

千葉県知事 様

報告者
所在地
名称
代表者名
対象施設名

年度千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金取組状況報告書

千葉県小児診療等対応医師確保支援事業補助金交付要綱第11条第1項の規定により今年度の小児診療等の取組状況を報告します。

- 1 事業開始年度 年度
- 2 取組状況 別添 取組状況報告書 のとおり