第１号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

所在地

補助事業者　　名　称

代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業費補助金交付申請書

　　　　　年度において、下記のとおり新人看護職員研修事業を実施したいので、福島県補助金等の交付等に関する規則第４条第１項の規定により、補助金　　　　円の

交付について、関係書類を添えて申請します。

記

１　所要額調書　　　　　　　　　　　（別紙１のとおり）

２　対象経費の支出予定額算出内訳　　（別紙２のとおり）

３　事業計画書　　　　　　　　　　　（別紙３のとおり）

４　収支予算書抄本　　　　　　　　　（別紙４のとおり）

５　その他参考となる資料　　　　　　（※必要がある場合のみ添付する。）

６　本件責任者及び担当者

（１）責任者氏名（部署名・職位・氏名）

（２）担当者氏名（部署名・職位・氏名）

（３）連絡先

第２号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

所在地

補助事業者　　名　称

代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業変更（中止・廃止）承認申請書

　下記により　　　　年度福島県新人看護職員研修事業の事業計画を変更（中止・廃止）したいので、福島県補助金等の交付等に関する規則第６条第１項の規定により、承認について申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 病院等名 |  |
| 交付決定年月日  及び指令番号 | 年　　　月　　　日　福島県指令　　第　　　　号 |
| 変更（中止・廃止）の理由 |  |
| 変更（中止・廃止）の内容 |  |

第３号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

　　 　　 所在地

　　　　 補助事業者　　名　称

　　　　 代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業費補助金概算払請求書

　　　　　年　　月　　日付け福島県指令　　第　　　　号で交付決定のあった福島県新人看護職員研修事業費補助金について、金　　　　　　　円を概算払により交付くださるよう請求します。

記

１　病院等名

２　補助金額

　（１）交付決定額　　　　　　　　　　　　円

　（２）既受領額　　　　　　　　　　　　 円

　（３）今回請求額　　　　　　　　　　　　円

　（４）残　　　額　　　　　　　　　　　　円

　　　　｛（１）－（２）－（３）｝

第４号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

　　 　　 所在地

　　　　 補助事業者　　名　称

　　　　 代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業完了報告書

　　　　　　年度福島県新人看護職員研修事業について、下記のとおり完了したので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 病院等名 |  |
| 交付決定年月日  及び指令番号 | 年　　　月　　　日　福島県指令　　第　　　　号 |
| 交付決定額 | 円 |
| 着手年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 完了年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

第５号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

　　 　　 所在地

　　　　 補助事業者　　名　称

　　　　 代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業費補助金実績報告書

　　　　　年度において、下記のとおり新人看護職員研修事業を実施したので、福島県補助金等の交付等に関する規則第13条の規定により、その実績を報告します。

記

１　精算額調書　　　　　　　　　　（別紙１のとおり）

２　対象経費の実支出額算出内訳　　（別紙２のとおり）

３　実績報告書　　　　　　　　　　（別紙３のとおり）

４　新人看護職員名簿　　　　　　　（別紙４のとおり）

５　医療機関受入研修実施者名簿　　（別紙５のとおり）

６　収支決算（見込）書抄本　　　　（別紙６のとおり）

７　その他参考となる資料

　　※５及び７は必要がある場合のみ添付すること。

第６号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福　島　県　知　事

　　 　　 所在地

　　　　 補助事業者　　名　称

　　　　 代表者の職　氏名

年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　　　　　年　　月　　日付け福島県指令　　第　　　　号で交付決定のあった福島県新人看護職員研修事業費補助金について、福島県新人看護職員研修事業費補助金交付要綱第12条第１項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　病院等名

２　福島県補助金等の交付等に関する規則第14条に基づく額の確定額又は事業実績報告額

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及び地方消費税に係る仕入控除税額（要補助金返還額）

金　　　　　　　円

４　添付書類

　　上記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

第７号様式

番　　　　　号

年　　月　　日

　福島県知事

所在地

補助事業者　名　称

代表者の職　氏名

福島県新人看護職員研修事業費補助金交付請求書

　　　年　　月　　日付け福島県指令　　第　　　　号で交付決定のあった福島県新人看護職員研修事業費補助金について、下記により金　　　　　　　　　　　　円を交付してくださるよう請求します。

記

１　交付決定額　　　　　　　　　　　円

２　既受領額　　　　　　　　　　　円

３　今回請求額　　　　　　　　　　　円

４　残　　　額　　　　　　　　　　　円

　　（１－２－３）