

第1号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付申請書

年 月 日

船橋市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者職氏名

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金（以下、「補助金」という。）の交付を受けた
いので、病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付要綱第6条の規定により、次の
とおり申請します。

- 1 補助金交付申請額
- 2 補助事業の内容及び補助事業に要する経費の内訳
別紙1「収入支出予算書」のとおり
※事業終了後に、精算額で申請する場合は収入支出予算書にかえて、補助対象経費
に係る請求書または納品書（検収印を押印したもの）の写しを添付すること
- 3 消費税の適用に関する事項（該当するものに)
 - ① 補助金交付額の算定
 - 消費税額を補助対象経費に含めないで補助金交付額を算定
 - 消費税額を補助対象経費に含めて補助金交付額を算定※確定申告により仕入税額控除した消費税に係る補助金相当額が確定後、「消費税仕入控除
税額報告書」の提出が必要となります（返還額が0円の場合も含む）。
 - ② ①で「消費税を補助対象経費に含めて補助金交付額を算定」を選択した理由
 - 免税事業者である
 - 簡易課税事業者である
 - 消費税法別表第3に掲げる法人等であって特定収入割合が5%を超える
 - その他（ ）
- 4 その他 添付書類
別紙2「誓約書」

誓約書

年 月 日

船橋市長 様

所在地
名称
代表者職氏名

補助金の交付を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。））が船橋市特定団体への補助金の交付に関する基準第3条各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

補助金の交付申請にあたり、本申請の対象となる経費について、本申請において申告するもの
他、いかなる補助も受けておらず、また受ける予定でないことを誓約します。

また、本申請に偽り又は不正な手段等がないことを誓約します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、補助金の交付を受けられない
こと又は補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

収入支出予算書

1 収入

項目	金額	備考
計	0	

2 支出

項目	金額	備考
計	0	

年 月 日
法人名
代表者職氏名

第2号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

申請者 所在地
名称
代表者職氏名

様

船橋市長

印

年 月 日付申請のあった病院前救護所用医薬品等整備事業補助金について、次のとおり決定したので病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付要綱第7条の規定により通知します。

1 交付する

(1) 交付決定額

円

(2) 交付の条件

- 事業計画または収支計画を変更する場合は、あらかじめ承認を受けること
- 事業を中止し、または廃止するときは、あらかじめ承認を受けること
- 事業が予定の期間内に完了しない場合は、または事業の遂行が困難となったときは、速やかに報告して指示を受けること
- 交付要綱第6条第2項ただし書の規定による交付の申請がなされたものについては、補助金の額の確定において当該補助金に係る消費税仕入控除税額を減額する

2 交付しない

理由

第3号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金実績報告書

年 月 日

船橋市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職氏名

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付要綱第8条の規定により、補助対象事業等の実施状況を次のとおり報告します。

記

決定年月日	年 月 日	番号	第 号
補助年度	年度	補助金等の名称	
補助対象事業 等	名称		
	施行場所		
着手年月日	年 月 日	完了年月日	年 月 日
交付決定額	円		
既交付決定額	円		
補助対象経費精算額	円		
補助事業等の経過及び内容			
添付書類	1 事業報告書【参考様式1】 2 対象事業に係る収入支出決算書【参考様式2】 3 補助対象経費に係る請求書または納品書（検収印を押印したもの）及び契約書等の写し 4 その他（ ）		

※ 事業終了後に精算額で申請している場合は提出不要

事業報告書

補助事業者名 _____

補助対象経費の一覧

日付	内容	金額 (円)	(市使用欄)
合計		0	

※1 太枠内に補助対象となる経費について記載してください。

収入支出決算書

1 収入

項目	金額	備考
計	0	

2 支出

項目	金額	備考
計	0	

年 月 日
法人名
代表者職氏名

第4号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金確定通知書

第 号
年 月 日

補助事業者 所在地
名称
代表者職氏名 様

船橋市長 印

年 月 日付で実績報告のあった病院前救護所用医薬品等整備事業補助金
について、次のとおり補助金額を確定したので病院前救護所用医薬品等整備事業補助金
交付要綱第9条の規定により通知します。

決定年月日	年 月 日	番号	第 号
補助年度	年度	補助金等の名称	
補助対象事業等の名称			
交付決定額			円
補助対象経費精算額			円
補助率			
交付確定額			円

第5号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付請求書

年 月 日

船橋市長 様

請求者 所在地
名 称
代表者職氏名 印

年 月 日付け 号で額の確定のあった病院前救護所用医薬品等整備事業補助金の支払を受けたいので、病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付要綱第10条第2項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合			支店 (出張所)
預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号	
(フリガナ)				
口座名義人				

第6号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金概算払請求書

年 月 日

船橋市長 様

請求者 所在地
名称
代表者職氏名 印

年 月 日付け 号で交付決定のあった病院前救護所用医薬品等整備事業補助金について、病院前救護所用医薬品等整備事業補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり概算払されるよう請求します。

記

概算払請求金額 円

(概算払が必要な理由)

--

振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合			店 (出張所)
預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号	
(フリガナ)				
口座名義人				

第7号様式

病院前救護所用医薬品等整備事業補助金に係る
消費税及び地方消費税の仕入控除税額報告書

年 月 日

船橋市長 様

所在地
名称
代表者職氏名

年 月 日付け 号により交付決定があった病院前救護所用医薬品等整備事業補助金について、下記のとおり報告します。

1 補助金交付確定額

金 _____ 円

2 確定申告により確定した 病院前救護所用医薬品等整備事業補助金 に係る 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（※消費税の申告義務がない場合も0円と記載すること）

金 _____ 円

※0円の場合はその理由について

- 消費税の申告義務がない
- 簡易課税方式による申告を行っている
- 消費税法別表第3に掲げる法人等であって特定収入割合が5%を超える
- その他（返還額算出シートによる計算の結果、返還額が0円だった場合など）

3 添付資料

- ・返還額算出シート

（申告義務がない、簡易課税方式、消費税法別表第3に掲げる法人等であって特定収入割合が5%を超える 事業者は添付不要）