

③

補助金実績報告書の
提出時に必要な書類

(別紙様式 2)

番 号
年 月 日

京都府知事 様

開設者 (法人) 住所

開設者 (法人) 名

代表者名

印

平成 年度京都府訪問看護ステーション支援事業 (初度備品整備
事業・訪問専用自動車整備事業) 補助金実績報告書

平成 年 月 日付け京都府指令 医第 号で交付決定の上記補助金につ
いて、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 事業所概要 (実績) (別紙 2-1)
- 3 補助金精算額調書 初度備品整備事業 (別紙 2-2)
訪問専用自動車整備事業 (別紙 2-4)
- 4 対象経費精算額明細書 初度備品整備事業 (別紙 2-3)
訪問専用自動車整備事業 (別紙 2-5)
- 5 添付書類
 - (1) 歳入歳出決算書の抄本 (備考欄に当該事業分を明記すること。)
 - (2) その他参考となる書類

事業所概要(実績)

| | | | | | |
|---------------|--------------------------------|---------------|--|-------|--|
| 申請(開設)者 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒 -) 京都府 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | 法人の種別 | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | | 氏名 | |
| 補助を受けようとする事業所 | 事業所所在地 | (〒 -) 京都府 | | | |
| | 事業所名称 | | | | |
| | 同一所在地において行う事業等の種類 | 指定(許可)年月日 | | | |
| | 訪問看護 | | | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | | |
| | 健康保険法による指定 (みなし事業所の場合は記載不要) | | | | |

以下は、訪問専用自動車整備事業申請者のみ記入

| 区分 | 3月末 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 | 4~3月平均 |
|-------|-----|-----------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|--------|
| | | 従事者の職種・員数 | | | | | | | | | | | | | |
| 保健師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助産師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | |

A

B

補助要件

$$B \div A \geq 0.5$$

- 注 1 職種別の人数(常勤・非常勤を問わない)を記入すること
 2 各月1日現在の人員を記入すること。(3月末は末日現在)

訪問看護ステーション支援事業補助金精算額調査(初年度備品整備事業)

(補助事業者名:)
(単位:円)

| 対象経費の 支出額(A) | 府補助基準額(B) | 選定額(C) | 補助率 | 府補助額(D) |
|-----------------|-----------|--------|-----|---------|
| | 3,000,000 | | 1/2 | |

注1 (C)欄には、(A)と(B)とを比較して少ない方の額を記入すること。

注2 (D)欄には、(C)に補助率を乗じて得た額を記入すること。

注3 ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする

対象経費精算額明細書(初度備品整備事業)

| 品目 | 銘柄 | 規格 | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

(注) 1. 単価、金額については、税抜き価格で記載すること。
 2. 二品の価格が3万円以上のものを記入すること。
 3. 合計額は、様式2-2の(A)欄の額と一致すること。
 4. 明細にある備品が支払い済みであることが確認できるもの(領収書(写)等)を添付すること。
 5. 明細にある備品の写真を添付すること。

訪問看護ステーション支援事業補助金精算調書(訪問専用自動車整備事業)

(補助事業者名:)
(単位:円)

| 対象経費の 支出額(A) | 府補助基準額(B) | 選定額(C) | 補助率 | 府補助額(D) |
|-----------------|-----------|--------|-----|---------|
| | 1,000,000 | | 1/2 | |

注1 (C)欄には、(A)と(B)とを比較して少ない方の額を記入すること。

注2 (D)欄には、(C)に補助率を乗じて得た額を記入すること。

注3 ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする

対象経費精算額明細書(訪問専用自動車整備事業)

| 車名 | メーカー名 | 排気量 | 車種 | 購入価格 円 | 補助対象額 (車両本体価格・税抜 き) 円 | 備考 |
|----|-------|-----|----|-----------|--------------------------------|----|
| | | | | 円 | 円 | |

- (注) 1. 補助対象価格(車両本体価格・税抜き)が、様式2-4の(A)欄と一致すること。
 2. 当該物品が支払い済みであることが確認できるもの(領収書(写)等)を添付すること。
 3. 車検証(写)を添付すること。

看護師等増員に係る調書(訪問専用自動車整備事業)

| 区分 | 前年度状況 | 増減員の状況 | | | 最終実績 |
|-----------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | 3月末日 | 月1日現在 | 月1日現在 | 月1日現在 | 3月1日現在 |
| 従事者の職種・氏名 | 保健師 | | | | |
| | 助産師 | | | | |
| | 看護師 | | | | |
| | 准看護師 | | | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | 理学療法士 | | | | |
| 合計(人) | | | | | |

注1 前年度状況の欄には、平成 年3月31日現在の従事者の氏名を各職種毎に記入願います。

注2 増減員の状況欄には、増減員として別紙2-1で記入した月を記載の上、増減員した従事者の氏名を記入願います。(増員の場合は(増)、減員の場合は(減)と氏名の前に記入願います。)
 なお、増員した者と締結した雇用契約書の写し等雇用の確認できる書類を添付願います。
 (新規雇用でなく他部署からの異動の場合は異動を証明する辞令等を添付すること)

注3 最終実績欄には、当該年度3月1日現在の従事者の氏名を各職種毎に記入願います。

※ 本調書及び添付資料に関しては、本補助金の交付事務に関する確認資料としてのみ使用することとし、決して他の目的に使用することはありません。

看護師等増員に係る調書(訪問専用自動車整備事業)

| 区分 | 前年度状況 | | 増減員の状況 | | | 最終実績 |
|-----------|-----------|-------------------------------------------|-----------|-----------|-------|-------------------------------------------------------------|
| | 平成24年3月末日 | | 4月1日現在 | 8月1日現在 | 月1日現在 | 平成25年3月1日現在 |
| 従事者の職種・氏名 | 保健師 | 〇〇 〇〇 | | | | 〇〇 〇〇 |
| | 助産師 | 〇〇 〇〇 | | | | 〇〇 〇〇 |
| | 看護師 | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 | (増) ●● ●● | (増) ▲▲ ▲▲ | | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 ●● ●● ▲▲ ▲▲ |
| | 准看護師 | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 | (増) ●● ●● | | | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 ●● ●● |
| | 作業療法士 | 〇〇 〇〇 | | | | 〇〇 〇〇 |
| | 理学療法士 | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 | | (減) 〇〇 〇〇 | | 〇〇 〇〇 |
| 合計(人) | | 13 | 2 | 0 | | 15 |

別紙2-1において増減員のカウントをした月を記入

従事者氏名を記入

増員の場合は(増)として新規雇用(配属)従事者氏名を記入

減員の場合は(減)として従事者氏名を記入

注1 前年度状況の欄には、平成24年3月31日現在の従事者の氏名を各職種毎に記入願います。

注2 増減員の状況欄には、増減員として別紙2-1で記入した月を記載の上、増減員した従事者の氏名を記入願います。(増員の場合は(増)、減員の場合は(減)と氏名の前に記入願います。) なお、増員した者と締結した雇用契約書の写し等雇用の確認できる書類を添付願います。(新規雇用でなく他部署からの異動の場合は異動を証明する辞令等を添付すること)

注3 最終実績欄には、平成25年3月1日現在の従事者の氏名を各職種毎に記入願います。

※ 本調書及び添付資料に関しては、本補助金の交付事務に関する確認資料としてのみ使用することとし、決して他の目的に使用することはありません。

平成 年度決算書抄本

(単位:円)

| 歳入 | 歳出 |
|--------|-------------|
| 現金 | 設備備品 |
| 京都府補助金 | 内訳 (補助対象) |
| | その他 |
| 計 | 計 |

上記のとおり相違ないことを証明します

平成 年 月 日

設置者

代表者

印

<記入例>

平成24年度決算書抄本

(単位:円)

| 歳入 | | 歳出 | |
|--------|-----------|-------|-----------|
| 現金 | 800,000 | 設備備品 | 1,300,000 |
| 京都府補助金 | 500,000 | 内訳 | |
| | | 補助対象分 | 1,000,000 |
| | | その他 | 300,000 |
| 計 | 1,300,000 | 計 | 1,300,000 |

上記のとおり相違ないことを証明します

平成 年 月 日

設置者

代表者

印