様式第２号

番 　　　 号

　　年　　月　　日

佐賀県知事　様

　　 　　　申請者　　所在地

　 　　 名　称

　　 　　　　　　　　　　　代表者

令和　年度佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金変更承認申請書

　令和　年　月　日付けこ家第　　　号により補助金交付決定の通知があった佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金について、下記のとおり事業の内容及び経費の配分を変更したいので、佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更後の補助金交付申請額　　　　金　　　　　　　円

２　追加交付（減額承認）申請額　　　金　　　　　　　円

３　既交付決定額　　　　　　　　　　金　　　　　　　円

４　計画変更の理由

５　提出書類

　（１）所要額調書（別紙１）

（２）事業計画書（別紙２）

（３）収支予算書（見込書）抄本（別紙３）

　（４）変更機器の見積書の写し

　（３）機器の概要がわかるもの（カタログ等の写し）

別紙１

所　要　額　調　書

申請者名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 対象経費の  支出予定額  （Ａ） | 寄附金その  他の収入額  （Ｂ） | 差引額（Ａ）－（Ｂ）  （Ｃ） | 基準額  （Ｄ） | 補助基本額  （Ｅ） | 県補助 所要額  （Ｆ） |
| 佐賀県新生児聴覚検査機器購入支援事業 | ( )  円 | ( )  円 | ( )  円 | 2,400,000円 | ( )  円 | ( )  円 |

（記入上の注意）

１　「補助基本額（Ｅ）」欄は、「差引額（Ｃ）」と「基準額（Ｄ）」とを比較して少ない方の額を記入すること。

２　「県補助所要額（Ｆ）」欄は、「補助基本額（Ｅ）」とすること。ただし、1，000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額とすること。

３　変更所要額の場合は、変更前の計画を上段に括弧書きし、変更後の計画を下段に記載すること。

別紙２

事　業　計　画　書（変更）

申請者名

１　分娩取り扱い施設の名称及び所在地

名　称

所在地

２　年間分娩取り扱い件数　　　　件

３　機器導入の状況

☐自動ＡＢＲを所有していない

☐自動ＡＢＲを所有しているが老朽化している

（購入時期：　　年　　月、耐用年数：　　　　年）

４　購入機器の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 規格 | 金額（円） | 設置場所 | 備考 |
|  | 自動ＡＢＲ | 円 |  |  |

（記入上の注意）

１　「年間分娩取り扱い件数」は、交付申請の前年（１月から12月）における実績を記入すること。

２　「機器導入の状況」は、該当する項目に☑を入れること。

３　「金額」欄は、様式第１号別紙１の区分（Ａ）に記載される額と同額を記入すること。

４　変更事業計画の場合は、変更前の計画を上段に括弧書きし、変更後の計画を下段に記載すること。

別紙３

収支予算書（見込書）抄本

収入の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 予算額 | 備考 |
| 新生児聴覚検査機器購入支援事業補助金  事業者負担 | 円  円 |  |
| 計 | 円 |  |

支出の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 予算額 | 備考 |
| 自動ABR購入費 | 円 |  |
| 計 | 円 |  |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　　年　　月　　日

名　称

代表者