様式第２号（第７条、第１０条関係）

　　　年度八頭町地域医療介護総合確保基金事業計画（報告）書

１　対象施設の概要

（１）事業の名称

（２）事業の目的及び効果

（３）施設の名称及び所在地

（４）運営主体及び経営主体

（５）施設種別

（６）施設定員

（７）開設（予定）年月日

（８）準備期間

２　開設準備経費に係る事業計画（実績）　（別紙１及び別紙２による）

（１）総事業費　金　　　　　　　　円

（うち補助対象事業費　金　　　　　　　　　　円）

（２）経費内訳

　　ア　需用費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　イ　使用料及び賃借料　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　ウ　備品購入費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　エ　報酬　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　オ　給料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　カ　職員手当等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　キ　共済費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　ク　賃金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　ケ　旅費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　コ　役務費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　サ　委託料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　シ　合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（３）他の補助金の活用の有無（有・無）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金名 | 事業内容 | 問い合わせ先 |
|  |  |  |

　※他の補助金の活用の有無について、「有」、「無」のいずれかに○をしてください。

　※「有」の場合は、活用する補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ先（補助金を

所管している部署名及び連絡先）を記載してください。

３　その他参考事項

（１）事業内容に応じて次の書類を計画書に添付 （書類はＡ４又はＡ３版とすること。）

ア　参考見積書の写し

イ　人件費の算出根拠が分かる書類

ウ　別紙３（購入備品一覧）

エ　カタログ（補助対象部分を図示してください。）

（２）実績報告書に添付する書類（書類はＡ４又はＡ３版とすること。）

ア　支出根拠を証明する書類（契約書、納品書、支払領収書の写し等）

イ　人件費を補助対象としている場合は次の書類

①　人件費の算出根拠が分かる書類

②　雇用契約書の写し及び辞令書（補助対象となっている従業者の雇用関係、就業場所及び職務内容が確認できる書類）

ウ　別紙３（購入備品一覧）

エ　購入備品の写真

（３）上記１の施設における過去の補助金の活用実績の有無（有・無）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金名 | 事業内容 | 問い合わせ先 |
|  |  |  |

　※過去の補助金の活用実績の有無について、「有」、「無」のいずれかに○をしてください。

　※「有」の場合は、活用した補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ先

（補助金を所管している部署名及び連絡先）を記載してください。

（４）今後の設備、備品等に対する他の補助金の活用予定の有無（有・無）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金名 | 事業内容 | 問い合わせ先 |
|  |  |  |

　※他の補助金の活用予定の有無について、「有」、「無」のいずれかに○をしてください。

　※「有」の場合は、活用予定の補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ

先（補助金を所管している部署名及び連絡先）を記載してください。