

静岡県新生児聴覚検査体制整備事業費補助金交付申請書

第 号

令和6年5月20日

静岡県知事 氏 名 様

所在地 静岡市葵区〇〇町1-1

名称 花畑クリニック

代表者 静岡 花子

※押印不要

令和6年度において新生児聴覚検査体制整備事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 交付申請

(1) 新規購入 ・  買い換え ※いずれかを囲む

(2) 金額 2,300,000 円

(3) 事業の目的 現在の自動ABRが老朽化のため

(4) 買い換えの場合、現在の機器の耐用年数と経過年数

耐用年数7年（経過年数6年7か月）

口座振込先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
金融機関	口座種別	普通	口座番号	123456
(フリガナ)	〇〇〇〇			
口座名義	〇〇〇〇			

(注) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 院長 静岡 花子

作成者 職・氏名 事務職員 静岡 里花

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県新生児聴覚検査体制整備事業費補助金所要額調書（~~変更所要額調書~~）

申請者（補助事業者）名 花畑クリニック 静岡花子

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)	県補助所要額 (E)
新生児聴覚 検査体制整 備事業	円 <b>2,300,000</b>	円 <b>0</b>	円 <b>2,300,000</b>	円 <b>2,400,000</b>	円 <b>2,300,000</b>

↑ 補助限度額

（記入上の注意）

- 1 「県補助所要額（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。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。
- 2 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。
- 3 実績報告に用いる場合は、計画（変更があった場合は変更後の計画）を上段に括弧書きし、実績を下段に記載すること。

様式第3号（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県新生児聴覚検査体制整備事業計画書（~~変更事業計画書、事業実績書~~）

1 分娩取扱医療機関の名称及び所在地

名 称 **花畑クリニック**

所在地 **静岡市葵区〇〇町1-1**

2 機器整備の内容

品 名	規 格	金 額（円）	設置場所	検査実施予定回数（年間）
〇〇スクリーンIV	自動ABR機器	2,300,000	花畑クリニック	500回

（記入上の注意）

- 1 「規格」欄は、自動ABR機器を記入すること。
- 2 「金額」欄は、様式第2号の区分（A）に記載される額と同額を記入すること。
- 3 「検査実施予定回数」欄は、次年度以降における年間の検査実施見込を記入すること。
- 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。
- 5 実績事業書の場合は、計画（変更があった場合は変更後の計画）を上段に括弧書きし、実績を下段に記載すること。