　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付申請書  第　　　号  年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名　㊞  （施設名　　　　　　）  　　　　年度において研修派遣機関代替職員確保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。  　　なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。  　１　交付申請  　　(1)　金額　　　　　　　　　　円  　　　（補助金所要額）　　（補助金に係る消費税仕入控除税額等）　（補助金額）  　　　　　　　　　円　－　　　　　　　　　　　　　　　　　円　＝　　　　　　　円  　　(2)　事業の目的  　２　概算払の承認申請  　　(1)　金額　　　　　　　　　　円  　　(2)　理由  　　(3)　時期 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付申請書  第　　　号  年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名  （施設名　　　　　　）  　　　　年度において研修派遣機関代替職員確保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。  　　なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。  　１　交付申請  　　(1)　金額　　　　　　　　　　円  　　　（補助金所要額）　　（補助金に係る消費税仕入控除税額等）　（補助金額）  　　　　　　　　　円　－　　　　　　　　　　　　　　　　　円　＝　　　　　　　円  　　(2)　事業の目的  　２　概算払の承認申請  　　(1)　金額　　　　　　　　　　円  　　(2)　理由  　　(3)　時期  　口座振替先　金融機関名  　　　　　　　支店名  　　　　　　　口座種別  　　　　　　　口座番号  　　　　　　　口座名義人（カナ）  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  研修派遣機関代替職員確保事業計画変更承認申請書  第　　　号  年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名　㊞  （施設名　　　　　　）    　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた研修派遣機関代替職員確保事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　計画変更の理由  　２　変更の内容 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第７号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  研修派遣機関代替職員確保事業計画変更承認申請書  　　第　　　号  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名  （施設名　　　　　　）  　　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた研修派遣機関代替職員確保事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。  　１　計画変更の理由  　２　変更の内容  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実績報告書  　　第　　　号  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名　㊞  （施設名　　　　　　）  　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた研修派遣機関代替職員確保事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  実績報告書  　　第　　　号  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名  （施設名　　　　　　）  　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた研修派遣機関代替職員確保事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

研修派遣機関代替職員確保事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第９号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  請求書（概算払請求書）  　　金　　　　　　　　　　円  　　ただし、　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の確定（決定）を受けた研修派遣機関代替職員確保事業の補助金として、上記のとおり請求します。  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名　㊞  （施設名　　　　　　）    口座振替先金融機関名  口座種別  口座番号  口座名義（カナ） |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第９号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  請求書（概算払請求書）  　　金　　　　　　　　　　円  　　ただし、　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の確定（決定）を受けた研修派遣機関代替職員確保事業の補助金として、上記のとおり請求します。  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  名　称  設置者　職　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （施設名　　　　　　）  　（注）　以下の項目についても記載すること。  　　　　　責任者　職・氏名  　　　　　作成者　職・氏名 |