　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 新 旧

新型コロナウイルス感染症対応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）  新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （病院：　 　　 　　）  　　　　年度において新型コロナウイルス感染症対応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。    　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 |

対 照 表

|  |
| --- |
| 改 正 後 |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名  （病院：　　　　）  　　　　年度において新型コロナウイルス感染症対応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。    　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　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

新型コロナウイルス感染症対応代替職員確保事業費補助金交付要綱

|  |
| --- |
| 改 正 前 |
| 様式第６号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （病院：　 　　 　　）    　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた新型コロナウイルス感染症対応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６号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名  （病院：　　　　）    　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた新型コロナウイルス感染症対応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

新型コロナウイルス感染症対応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）  実績報告書  　　第　　　号  　　年　月　日  　　静岡県知事　氏　　　名　様  所在地  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （病院：　 　　 　　）  　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた新型コロナウイルス感染症対応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７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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名  （病院：　　　　）  　　　　年　月　日付け　第　号により補助金の交付の決定を受けた新型コロナウイルス感染症対応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

新型コロナウイルス感染症対応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）  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）を受けた新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （病院：　 　　 　　）  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８号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  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）を受けた新型コロナウイルス感染症対応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  開設者　名　　　称  代表者　氏　　　名  （病院：　　　　）  　（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 |