脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第１号

令和　年　月　日

山梨県知事　　　　　　　殿

（名称及び氏名）　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金交付申請書

　脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第５条に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助申請額　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　内訳

補助事業対象者　　　名×　　　　　円

様式第１号　別紙

脳健診受診促進事業費補助金申請内容

事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診予定対象者氏名（年齢） | 補助対象事業の着手  及び完了予定日 | 補助対象経費 | 補助金額 |
|  |  |  |  |

（添付書類）

1. 事業者が受診料を全額負担することを示す書類

（例：事業者が作成した健診受診事業規定や規則、事業者の申し出書）

1. 受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類
2. 受診予定対象者との雇用関係が確認できる書類

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第２号

第　　　　　　号

令和　年　月　日

　　　　殿

山梨県知事　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金交付決定について（通知）

　令和　年　月　日付け申請のあった脳健診受診促進事業費補助金については、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第６条に基づき、次のとおり交付することを決定したので通知します。

交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

1. 補助金の交付の条件は次のとおりとする。

（１）補助対象事業の内容を変更しようとする場合は、あらかじめ知事の承認を受けなければならない。ただし、補助金の額の増額を伴わないもので、補助目的の達成に支障をきたさない事業内容の細部に関わる軽微な変更についてはこの限りではない。

（２）補助対象事業を中止し、又は廃止する場合は、あらかじめ知事の承認を受けなければならない。

（３）補助対象事業が予定の期間内に完了する見込みのない場合又は補助対象事業の遂行が困難となった場合は、すみやかに知事に報告してその指示を受けなければならない。

1. 補助金の交付の条件等に違反した場合の措置

（１）次のいずれかに該当するときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消す場合がある。

ア　補助金の他の用途への使用をしたとき

イ　補助金の交付決定の内容又はこれに付した条件に違反したとき

ウ　補助対象事業に関し法令等又はこれに基づく知事の処分に違反したとき

エ　事業者が暴力団又は暴力団員と密接な関係を有していたとき

（２）補助金の交付決定を取り消した場合、補助対象事業等の当該取り消しに係る部分に関し、既に補助金等が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずる。

（３）交付決定の取り消しに関し、補助金の返還を命ぜられたときは、その命令に係る補助金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、当該補助金の額につき年10.95％の割合で計算した加算金を県に納付しなければならない。

（４）補助金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95％の割合で計算した延滞金を県に納付しなければならない。

1. 補助対象事業が、補助金の交付決定の内容又はこれに付した条件に従って遂行されているか確認するため、補助対象事業の遂行状況について報告させることがある。
2. 補助対象事業が完了した日（廃止の承認を受けた場合はその承認の日）から起算して一箇月を経過した日又は交付決定をした年度の翌年度の４月１０日のいずれか早い期日までに、補助対象事業の成果を記載した補助対象事業実績報告書に別に定める書類を添えて知事に報告しなければならない。
3. 補助対象事業に係る帳簿及び証拠書類は、補助対象事業終了年度の翌年度から起算して５年間、整備保管しておかなければならない。

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第３号

令和　年　月　日

山梨県知事　　　　　　　殿

（名称及び氏名）　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金変更承認申請書

　令和　年　月　日付け交政第　　号をもって補助金の交付決定がありました上記補助対象事業の内容を次のとおり変更したいので、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第７条に基づき申請します。

１．変更を必要とする理由

２．補助金の額

３．変更後の補助金の内容等については、別紙のとおりとする。

様式第３号　別紙

脳健診受診促進事業費補助金交付決定変更申請事業

事業者名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費 | | 交付決定  済額 | 今回申請  金額 | 増減額 |
| 変更前金額 | 変更後金額 |
|  |  |  |  |  |

（添付書類）

1. 受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類

（受診機関に変更がある場合のみ）

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第４号

第　　　　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　　殿

山梨県知事　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金変更交付決定について（通知）

　令和　年　月　日付け変更承認申請のあった上記補助対象事業の内容について次のとおり交付決定したので、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第８条に基づき通知します。

1. 補助金の額

変更交付決定額　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　円

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第５号

令和　年　月　日

山梨県知事　　　　　　　殿

（名称及び氏名）　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金状況報告書

　令和　　年　　月　　日付け交政第　　号をもって補助金の交付決定がありました上記補助事業の実施状況について、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第１０条第（１または２）項の規定により、別紙のとおり報告します。

様式第５号　別紙

脳健診受診促進事業費補助金事業遂行状況表

事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診対象者氏名（年齢） | 実施額 | 差額 | 補助金額 | 備考 |
|  |  |  |  |  |

（添付書類）

（１）補助対象事業の遂行状況を明らかにした書類

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第６号

令和　年　月　日

山梨県知事　　　　　　　殿

（名称及び氏名）　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金事業完了実績報告書

　令和　年　月　日付け交政第　　号をもって補助金の（変更）交付決定通知のありました上記補助対象事業の実績等について、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第１１条に基づき、別紙のとおり報告します。

様式第６号　別紙

１．脳健診受診促進事業費補助金事業完了実績表

事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名（年齢） | 実施額 | 差額 | 補助金額 | 備考 |
|  |  |  |  |  |

（注）交付決定変更があった場合は、変更後の金額を記載する。

（添付書類）

（１）受診料の支払い領収書類の写し

（２）事業主が受診料の全額を支払っていることを示す書類

（３）受診者との雇用関係が確認できる書類

２．補助金振込口座

　　　（１）　金融機関名　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　支店

　　　（２）　預金種別　　　　　　　　　　　（当座・普通）

　　　（３）　口座番号

　　　（４） （フリガナ）

　　　　　　　口座名義

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第７号

第　　　　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　　殿

山梨県知事　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金の額の確定について（通知）

　令和　年　月　日付けで実績報告のあった脳健診受診促進事業費補助金については、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第１２条に基づき、次のとおり確定したので、通知します。

１．補助金の合計額　　　金　　　　　　　　　　　　円

脳健診受診促進事業費補助金交付要綱

様式第８号

令和　年　月　日

山梨県知事　　　　　　　殿

（名称及び氏名）　　　　　　　　　印

脳健診受診促進事業費補助金　中止・廃止承認申請書

　令和　年　月　日付け交政第　　号をもって補助金の交付決定通知のありました上記補助対象事業について、次のとおり（中止・廃止）したいので、脳健診受診促進事業費補助金交付要綱第１４条に基づき、承認を受けたく関係書類を添えて申請します。

　　１．中止・廃止の内容

　　２．中止・廃止の理由