

記入例兼記入要領

様式第 1 (第 6 条関係)

豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金
交付申請書兼実績報告書

令和 3 年 〇月 〇日

豊橋市長 様

提出日を記入

住所 豊橋市今橋町 1 番地
申請者 名称 株式会社長寿介護
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金交付要綱第 6 条の規定により申請します。併せて同要綱第 8 条に定める交付の条件を満たすことを申し添えます。

補助年度	令和 3 年度	補助金の名称	豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金
補助事業の目的及び内容	新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するための早期検査用の抗原検査キット等の購入		
実支出額(A) (交付申請兼実績報告額)	32,670 円		
購入日	令和 3 年 〇月 〇日		
補助上限額(B)	3,000 円 × (勤務する職員数) 15 人 = 45,000 円		
豊橋市補助金額(C)	(A) と (B) を比較して少ない額を記入 (千円未満切り捨て) 32,000 円		
補助事業を実施した事業所	事業所名	デイサービス長寿介護	
	所在地	豊橋市今橋町 1 番地	
	事業所番号	2300000000	
	サービス分類	通所介護事業所	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・納品及び補助対象経費の支払い手続きが完了したことを証する書類 (納品書、領収証等) ・その他市長の指示する書類 		

代金の支払日を記入。複数日に及ぶ場合は最初の購入日を記入 (ただし、令和 3 年 4 月 1 日以降)

申請時点で勤務する職員数を記入

事業所が複数に及ぶ場合は、事業所ごとに分けて各様式を作成すること。

・スキャン等した PDF ファイル等をメールで提出 (+紙も提出)
・申請者と領収証等の宛名は同一のものとする。

(注) 1 B 欄には、交付要綱第 5 条により算出した額を記入すること。

(注) 2 C 欄には、A 欄と B 欄とを比較して少ない額を記入すること。(千円未満切り捨て)

交付要綱第8条の規定に従い提出してください。

様式第3（第8条関係）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和 年 月 日

豊橋市長 様

住 所
補助対象事業者 名 称
代表者氏名

豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金交付要綱第8条第6号の規定により次のとおり報告します。

指令年月日	令和 年 月 日	指令番号	豊橋市指令●第 号
補助年度	令和 年度	補助金の名称	豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金
補助金の交付決定兼確定額	円		
消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額 (補助金返還相当額)	円		
添付資料	1 上記仕入控除税額の積算内訳書（任意様式） 2 その他市長の指示する書類		

この様式（様式第4）はメールでの提出のみで
結構です。（紙による提出不要）

様式第4（第10条関係）

豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金
交付請求書

令和 年 月 日

豊橋市長 様

空欄で提出

住 所 豊橋市今橋町1番地
補助事業者 名称 株式会社長寿介護
代表者氏名 代表取締役 ○○ ○○

豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金交付要綱第
10条の規定により次のとおり請求します。

空欄で提出

金 32,000 円

空欄で提出

指令年月日	令和 年 月 日	指令番号	豊橋市指令●第 号
補助年度	令和 3年度	補助金の名称	豊橋市介護・障害福祉サービス事業所等における抗原検査キット等購入補助金
振込口座情報	金融機関名	○○信用金庫	
	支店名	豊橋支店	預金種別 普通・当座
	口座番号	0000000	
	フリガナ	カブシキガイシャチョウシユカイゴ ダイヨウトリシマリヤク○○ ○○	
	口座名義	株式会社長寿介護 代表取締役○○ ○○	

申請者と同一名義の口座で請求してください。