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　　年　　月　　日

豊橋市長　　様

住所

申請者　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　　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) | | 円 | | | |
| 購入日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 補助上限額(B) | | ３,０００円 ×（勤務する職員数）　　　　人 ＝ 　　　　 　円 | | | |
| 豊橋市補助金額(C) | | 円 | | | |
| 補助事業を実施した事業所 | | 事業所名 | |  | |
| 所在地 | |  | |
| 事業所番号 | |  | |
| サービス分類 | |  | |
| 添 付 書 類 | | ・納品及び補助対象経費の支払い手続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 | | | |

（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）

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 | 豊橋市指令長第　　　　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 | | |

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　 補助事業者　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10条の規定により次のとおり請求します。

金　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指令年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | 指令番号 | | 豊橋市指令長第　　　　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 | |
| 振込口座情報 | 金融機関名 | | |  | | | |
| 支店名 |  | | | 預金種別 | | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | |