**〔様式第１号〕**

　　年　　月　　日

大阪市長

所在地

名　　　　称

代表者の氏名

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金交付申請書

標題の補助金について交付を受けたいので、大阪市補助金等交付規則（平成１８年大阪市規則第７号）第４条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

１　補助金交付申請額及びその算出の基礎

(1)　申請額　　　　金　　　　　　　　　　円

(2)　算出基礎　　　旅　費　　　　　　　　円

宿泊費　　　　　　　　円

２　補助金交付対象事業の名称、目的及び内容

(1)　名称

(2)　目的

(3)　内容

３　添付書類

(1)　事業計画書

(2)　収支予算書

**〔様式第１－２号〕**

事　業　計　画　書

１　研修受講者氏名

２　受講回次　　　第 回認知症介護指導者フォローアップ研修

　　　　　　　　　　　 年　 月 　日～

　　　　　　　　　　　 年 月 日（研修実日数 日）

３　補助事業の効果

４　支出内訳

　　　旅　　費　　　　　　　　　　　　　円

　　　　内訳

　　※補助対象経路は、原則勤務地から研修実施場所までの区間とし、最も経済的な通常の経路及び方法により旅行した場合の旅費により計算するものとする。

　　　宿 泊 費 円

　　　　内訳

**〔様式第１－３号〕**

収　支　予　算　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事　　項 | 金　　額 |
| 収入 |  |  |
|  | 合　計 |  |
| 支出 |  |  |
|  | 合　計 |  |

**〔様式第２号〕**

大阪市指令福祉第　　号

　　年　　月　　日

様

大阪市長

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金交付決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金については、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

１　補助金交付額　　　金　　　　　　　　　　円

２　補助金交付の条件

(1)　補助金交付対象事業（以下「補助事業」という。）の内容、経費の配分又は執行計画の変更をする場合には、市長の承認を受けるべきこと。

(2)　補助事業を中止し、又は廃止する場合には、市長の承認を受けるべきこと。

(3)　補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合には、速やかに市長に報告してその指示を受けるべきこと。

(4)　市長が、補助金に係る予算の執行の適正を期するため、報告を求め、又は本市職員に事業所、事務所等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させる必要があると認めたときは、これに協力すべきこと。

(5)　その他、大阪市補助金等交付規則（以下「市交付規則」という。）及び大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金交付要綱の規定を遵守すべきこと。

３　その他

(1)　 市交付規則第11条の規定により、補助事業に係る経費の収支を明らかにした書類、帳簿等を常に整備し、補助金の額の確定通知書を受けた日から５年間保存すること。

(2) 　本通知の決定内容（交付の条件を含む。）に不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して１０日以内に申請の取下げをすることができる。

**〔様式第３号〕**

大福祉第　　　　　　号

　　年　　月　　日

様

大阪市長

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金不交付決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金については、次の理由により交付しないことに決定しましたので通知します。

記

１　交付しない理由

**〔様式第４号〕**

　　年　　月　　日

大阪市長

所在地

名　　　　称

代表者の氏名

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金交付申請取下書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて通知のありました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金の交付決定については、大阪市補助金等交付規則第８条の規定により、次のとおり申請を取り下げます。

記

１　補助金交付決定通知書を受け取った日　　　　　　　年　　月　　日

２　取下げの理由

**〔様式第５号〕**

　　年　　月　　日

大阪市長

所在地

名　　　　称

代表者の氏名

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金補助事業変更承認申請書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて補助金の交付決定を受けた補助事業について、次のとおり変更する必要がありますので、大阪市長の承認を申請します。

記

１　変更する内容及びその理由

**〔様式第６号〕**

　　年　　月　　日

大阪市長

所在地

名　　　　称

代表者の氏名

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金補助事業中止・廃止承認申請書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて補助金の交付決定を受けた補助事業について、次のとおり中止・廃止する必要がありますので、大阪市長の承認を申請します。

記

１　中止・廃止の理由（中止の場合は、その期間）

**〔様式第７号〕**

大福祉第　　　　　　号

　　　年　　月　　日

様

大阪市長

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金

事情変更による交付決定取消・変更通知書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて交付決定しました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金については、次のとおり取消し・変更することを決定しましたので通知します。

記

１　取消し・変更の内容

２　取消し・変更の理由

**〔様式第８号〕**

　　年　　月　　日

大阪市長

所在地

名　　　　称

代表者の氏名

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金実績報告書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて補助金の交付決定を受けました補助事業について、大阪市補助金等交付規則（平成１８年大阪市規則第７号）第14条の規定により、関係書類を添えて次のとおりその実績を報告します。

記

１　補助金交付対象事業の名称

２　補助金の予定金額　　　金　　　　　　　　　　円

３　添付書類

(1)　事業実施報告書

1. 収支決算書
2. 経費の支出を確認できる書類（写）

**〔様式第８－２号〕**

事　業　実　施　報　告　書

１　研修受講者氏名

２　受講回次　　　第 回認知症介護指導者フォローアップ研修

　　　　　　　　　　　 年　 月 　日～

　　　　　　　　　　　 年 月 日（研修実日数 日）

３　研修の内容

４　補助事業の効果

**〔様式第８－３号〕**

収　支　決　算　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事　　項 | 金　　額 |
| 収入 |  |  |
|  | 合　計 |  |
| 支出 |  |  |
|  | 合　計 |  |

※　全ての経費について、領収書等経費を確認できる書類を添付すること

**〔様式第９号〕**

大福祉第　　　　号

　　年　　月　　日

様

大阪市長

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金額確定通知書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて交付決定しました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金については、次のとおり補助金額を確定しましたので通知します。

記

１　確定金額　　　金　　　　　　　　　　円

**〔様式第10号〕**

大福祉第　　　　　　号

　　年　　月　　日

様

大阪市長

大阪市認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金交付決定取消書

　　年　　月　　日付け大阪市指令福祉第　　　　号にて交付決定しました認知症介護指導者フォローアップ研修事業補助金については、次のとおり取消しすることを決定しましたので通知します。

記

１　取消しの内容

２　取消しの理由