様式第１号（第７条関係）

　　年　　月　　日

 (公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成申請書

健康課題解決型支援事業として、下記のとおり事業を行いたいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第７条の規定に基づき申請します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金申請額　　　　　　　金　　　　　　　　円

３　連携先（事業実施するにあたっての連携先）

連携事業者

　担当部署　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　電話番号　　　　　　　　　　　　　e-mail

４　助成金申請にあたり、当年度助成事業の以下の書類の内容を理解し、遵守することを約束します。（精読した書類へは、□に✓を記入してくだい。）

□助成規則　　□助成要綱　　□応募要領　　□事務マニュアル

署　名　　　　　担当者氏名　　　　　　　　　　　印

※助成対象事業の担当者の署名

様式第４号（第９条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業

事業計画変更承認申請書

下記の通り、事業計画を変更したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第９条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

 記

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成対象事業名 |  |
| ２　助成予定金額 | 金　　　　　　円 |
| ３　計画変更後助成申請額 | 金　　　　　　円 |
| ４　変更内容及び理由 |  |
| ５　添付書類 |  |

様式第５号（第10条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成申請取下書

下記について、健康課題解決型支援事業助成要綱第10条に基づき、助成申請を取下げいたします。

記

１　助成対象事業名

２　取下げ理由

様式第６号（第11条関係）

　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

課題解決型支援事業概算払請求書

　年　　月　　日付けで助成決定のありました事業について概算払を受けたいので下記のとおり請求します。

記

１　助成対象事業名

２　概算払を希望する理由

３　概算払申請額　　　　　　　　　 　 金　　　　　　　　　　 円

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  銀行　　　　　　支店 |
| 口座の種類 |  普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
|  |  |

※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも必ず添付してください。

様式第８号（第13条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業実績報告書

事業が完了しましたので、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金精算額　　　金　　　　　　　　円

３　関係書類

（１） 事業実施報告書

（２） 事業経費明細書(別紙８)

（３） 証拠書類等

（４） 印刷物等

（５） その他成果物（　　　　　　　　　　　　）

（６） 課題分析において実施した調査内容と集計結果と課題をまとめた書類

※事業実施報告書に記載があれば省略可

様式第10号（第16条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成金請求書

健康課題解決型支援事業助成要綱第16条に基づき、下記の通り請求します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金請求額　　金　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通 　　　・ 　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| カナ名義 |  |

　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも必ず添付して下さい。