京都チャレンジ・バイ福祉・医療商品・サービス導入促進補助金

別　紙

（ □ 事前相談書 ／ □ 交付申請書 ／ □ 実績報告書 ）

※該当するものにレ点を記入してください

１ 申請者等に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　称 |  | 代表者名 |  |
| 本拠所在地 | 〒 | | |
| 事業概要 |  | | |
| 申請者分類 | □老人福祉事業者（老人福祉施設・有料老人ホームの開設者、介護サービス事業者）  □児童福祉事業者（児童福祉施設・幼稚園・認定子ども園の開設者）  □婦人福祉事業者（母子・父子福祉施設等の開設者）  □障害者福祉事業者（障害者支援施設等の開設者）  □その他の福祉関連事業者（保護施設の開設者等）  □医療業者（病院・一般診療所・歯科診療所の開設者、助産・看護・施術業・医療付帯業を行う事業者）  □その他獣医業者、高等教育機関 | | |

２ 商品を購入又はサービスを利用する目的と必要な仕様

|  |  |
| --- | --- |
| 商品の購入又はサービスの利用のいずれか | □ 商品の購入　　　□ サービスの利用 |
| 目的・用途 |  |
| 必要な仕様 |  |
| 購入日、サービス利用期間(予定) ※ |  |
| 導入場所 |  |

※サービス利用の補助対象期間は、導入日から補助金の交付の決定を受けた日の属する年度末までの間に限ります。

３ 商品・サービス比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ﾁｬﾚﾝｼﾞ･ﾊﾞｲ商品又はｻｰﾋﾞｽ（今回購入又は利用） | 一般商品･ｻｰﾋﾞｽ（比較対象） |
| 名称・規格 | （製造・提供元企業名：　　　　　）  （購入・提供先：　　　　　　　　） |  |
| 商品・サービス単価※ | 円(税抜)（A） | 円(税抜)（B） |
| 選択理由・  非選択理由 | ＜選択理由＞ | ＜非選択理由＞ |

※サービスの場合、月額・回数などの単位を明示してください。

４ 補助金額

|  |  |
| --- | --- |
| ﾁｬﾚﾝｼﾞ･ﾊﾞｲ商品購入又はｻｰﾋﾞｽ利用経費 | 単価　　　　　円(A) × 数量　　　　 ＝ 　　　　　円(①) |
| 一般商品購入又はｻｰﾋﾞｽ利用経費 | 単価　　　　　円(B) × 数量　　　　 ＝ 　　　　　円(②) |
| 補　助　金　額 | （①－②）× １／２ ＝ 　　　　　円（千円未満切捨て） |

５ 申請者の連絡先に関すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者所属・氏名 |  | | |
| 連絡先電話番号 |  | E-mail |  |

(注)異なる商品・サービスを同時に購入・利用する場合は、商品・サービスごとに各葉記載ください。