京都チャレンジ・バイ福祉・医療商品導入促進補助金

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 商品購入の目的と仕様

|  |  |
| --- | --- |
| 目的・用途 |  |
| 必要な仕様 |  |
| 購入(予定)日 |  |
| 導入場所 |  |

３ 商品比較

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | チャレンジ・バイ商品（今回購入） | 一般商品（比較対象品） |
| 名称・規格 | （製造企業名：　　　　　　　　　　　）（購　入　先：　　　　　　　　　　　） |  |
| 商品単価 | 　　　　　　　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＞ |

４ 補助金額

|  |  |
| --- | --- |
| ﾁｬﾚﾝｼﾞ･ﾊﾞｲ商品購　入　経　費 | 単価　　　　　円(A) × 数量　　　　 ＝ 　　　　　円(①) |
| 一般商品購入経費 | 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)異なる商品を同時に購入する場合は、商品ごとに各葉記載ください。