

別紙様式第 1

(元号) 年 月 日

東京都知事 殿

所在地

法人等名

役職・代表者名

印

(元号) 年度東京ユースヘルスケア推進事業(ユースクリニック補助事業)補助金の交付申請について

標記について、次のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 申請額 金 円
- 2 医療機関概要(様式1-1)
- 3 所要額調書(様式1-2)
- 4 事業計画(様式1-3)
- 5 所要額内訳(様式1-4)
- 6 添付書類
 - (1) 病院開設届または診療所開設届の写し
 - (2) 寄付金その他収入の根拠書類
 - (3) 決算関係書類
 - (4) 印鑑証明書
 - (5) その他参考となる資料

医療機関概要

医療機関名		管理者 職氏名	
所在地 ※登記上の所在地	〒	担当者 ※事業内容に精通しており、平日に対応が可能な連絡先を記入すること。	氏名 TEL FAX メール 緊急連絡先
代表電話番号			
開設年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ※法人登記簿、開業届等を確認のこと。		
診療科目			
従業者定員	医師（ ）名 看護師（ ）名 助産師（ ）名 その他（例…精神保健福祉士1名等）（ ）		
診療曜日・時間			
これまでの取組 ※本事業に関わるこれまでの取組（ユースヘルス、若者への相談対応等）についてご記載ください。 別紙（任意様式）の提出でも構いません。	(1) 取組の目的・内容		
	(2) 取組年数		
	(3) 取組の実績 ※実施回数、対応件数等		
	(4) その他 ※取組における工夫や地域との連携等		

所 要 額 調 書

事業種目名	実施有無	総事業費	寄付金その他の収入予定額	差引額	対象経費の支出予定額	都補助基準額	選定額 (C、D、Eのいずれか少ない額)	都補助基本額 (F)	都補助所要額
		A	B	A - B = C	D	E	F	G	(G × 補助率) H
【必須】 個別相談		円	円	円	円	円	円	円	円
【選択】 受診費用助成		円	円	円	円	円	円	円	円
【選択】 オープンユース		円	円	円	円	円	円	円	円
計	/	円	円	円	円	円	円	円	円

(注)

「都補助所要額」H欄には、「都補助基本額」G欄の額に、別添で定める補助率を乗じて1,000円未満を切り捨てた額を記入すること。

事業計画

医療機関名 _____

【必須】 共通事項					
本事業を実施する背景 (ユースヘルスに関する課題認識)					
本事業を実施する目的					
本事業により期待される効果					
【必須】 個別相談					
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
自院で対応可能な相談内容	<input type="checkbox"/> 月経不順や月経痛 <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> 避妊 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 性器及び自慰行為に関するもの <input type="checkbox"/> 体型 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 友人や家族等との人間関係 <input type="checkbox"/> 心に関する相談 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 性自認 <input type="checkbox"/> その他 ()				
対応可能な相談者	<input type="checkbox"/> 性別問わず対応可 <input type="checkbox"/> 女性のみ対応可 <input type="checkbox"/> 男性のみ対応可				
対応可能な年齢	() 歳以上～ () 歳未満 ※25歳未満が本事業の対象です				
具体的な実施場所	※実施場所を示した医療機関の図面をご提出ください。				
相談員配置	(1) 資格・経験	※配置予定の相談員の資格・経験を記載した名簿(様式1-3別紙)をご提出ください。			
	(2) 人数 ※実施時間中の配置人数				
実施方法 ※別紙(任意様式)の提出でも構いません。	(1) 予約の有無				
	(2) 本人確認の実施方法				
	(3) 相談内容の記録・保管方法				
	(4) 相談料金				
	(5) 1人当たりの想定相談時間 (予約1枠当たりの時間)				
	(6) プライバシーの確保				
	(7) 自院の医師への引継				
	(8) 自院で対応できない場合の対応策				
	(9) 広報の方法				
	(10) その他工夫すること				
実施曜日・時間	(1) 頻度	<input type="checkbox"/> 週 () 回 <input type="checkbox"/> 月 () 回 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(2) 曜日・時間				
実施時間数	(1) 1か月合計 ※	時間	(2) 年間合計	時間	

【選択】受診費用助成					
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
対応可能な内容	<input type="checkbox"/> 初回妊娠判定		<input type="checkbox"/> 緊急避妊		
対応可能な年齢	() 歳以上～ () 歳未満 ※25歳未満が本事業の対象です				
実施方法 ※別紙（任意様式）の提出でも構いません。	(1) 保護者への連絡				
	(2) 医師との連携体制				
	(3) 保健指導やアフターフォローの内容・方法				
	(4) 関係機関との連携				
	(5) その他工夫すること				
想定件数	(1) 初回妊娠判定		件	(2) 緊急避妊	件
	合計				件
【選択】オープンユース					
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
具体的な実施内容 ※別紙（任意様式）の提出でも構いません。					
具体的な実施場所 ※別紙（任意様式）の提出でも構いません。	※実施場所を示した医療機関の図面をご提出ください。				
相談員配置	(1) 資格・経験	※配置予定の相談員の資格・経験を記載した名簿（様式1-3別紙）をご提出ください。			
	(2) 人数 ※実施時間中の配置人数	個別相談と同日開催する場合：上記のうち、個別相談との兼任 () 人			
実施方法 ※別紙（任意様式）の提出でも構いません。	(1) 実施環境				
	(2) 医師との連携体制				
	(3) 広報の方法				
	(4) その他工夫すること				
実施曜日・時間	(1) 頻度	<input type="checkbox"/> 週 () 回 <input type="checkbox"/> 月 () 回 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(2) 曜日・時間				
実施時間数	(1) 1か月合計 ※		時間	(2) 年間合計	時間

※個別相談とオープンユースの実施時間について、1か月当たり合計32時間を補助上限とする

相談員名簿

番号	氏名	資格・経験	雇用形態	個別相談		オープンユース	
				担当	専任・兼任（※1）	担当	専任・兼任（※1）
(例)	東京 花子	助産師 当医療機関に10年勤務	非常勤	○ ※担当する場合に○	<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務	○	<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
1					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
2					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
3					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
4					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
5					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
6					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
7					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
8					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
9					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
10					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務

・行が不足する場合は追加してください。

・交付決定後に、相談員の資格を証明する書類の写しをご提出ください。

・交付決定後に雇用する場合は、氏名欄に「雇用予定」とご記載ください。

※1「本事業への専任」とは、本事業専任として雇用することを指す

「本事業実施時は、本事業への専任」とは、本事業の実施時間外は他事業や通常の診療を担当することを指す

所要額内訳

医療機関名

【必須】個別相談				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、用途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
報酬	0円			
給料及び職員手当等	0円			
報償費	0円			
旅費	0円			
需用費	0円			
役務費	0円			
使用料及賃貸料	0円			
委託料	0円			
共済費	0円			
合計	0円			

【選択】受診費用助成				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、用途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
初回妊娠判定	0円			
緊急避妊	0円			
合計	0円			

【選択】オープンユース				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、用途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
報酬	0円			
給料及び職員手当等	0円			
報償費	0円			
旅費	0円			
需用費	0円			
役務費	0円			
使用料及賃貸料	0円			
委託料	0円			
共済費	0円			
合計	0円			

(※1) 積算内訳については、具体的に記載すること。(例)：単価×数量×消費税=所要金額
 (※2) 必要に応じて、行を追加及び削除すること。

(元号) 年 月 日

東京都知事 殿

所在地

法人等名

役職・代表者名

印

(元号) 年度東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）補助金
の変更交付申請について

(元号) 年 月 日 福祉子母第 号をもって交付決定を受けた標記補助金については、次のとおり交付額を変更して交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 今回追加交付（一部取消）申請額 金 円

既交付 決定額(A)	変更後交付金 所要額(B)	今回追加交付（一部取消） 申請額(B)-(A)
円	円	円

2 変更理由

3 添付書類（交付申請時の申請内容と変更した箇所に下線を引くこと。）

(1) 所要額調書（様式1-2）

(2) 事業計画（様式1-3）

(3) 所要額内訳（様式1-4）

(元号) 年 月 日

東京都知事 殿

所在地

法人等名

役職・代表者名

印

(元号) 年度東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）補助金
の実績報告について

(元号) 年 月 日付 福祉子母第 号により交付決定された(元号)
年度東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）補助金に係る事業実績に
ついて、次の関係書類を添えて報告します。

- 1 実績報告金額（確定額） 金 円
- 2 精算額調書（様式3-1）
- 3 事業実施報告（様式3-2）
- 4 経費支出額明細（様式3-3）
- 5 その他参考となる書類

精 算 額 調 書

事業種目名	実施有無	総事業費	寄付金その他の収入予定額	差引額	対象経費の支出予定額	都補助基準額	選定額 (C、D、Eのいずれか少ない額)	都補助基本額 (F)	都補助所要額	交付決定額	確定額 (H、Iのいずれか少ない額)
		A	B	A - B = C	D	E	F	G	(G × 補助率) H	I	J
【必須】 個別相談		円	円	0 円	円	円	円	円	円	円	
【選択】 受診費用助成		円	円	0 円	円	円	円	円	円	円	
【選択】 オープンユース		円	円	0 円	円	円	円	円	円	円	
計		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

(注)
「都補助所要額」H欄には、「都補助基本額」G欄の額に、別添で定める補助率を乗じて1,000円未満を切り捨てた額を記入すること。

事業実施報告

医療機関名 _____

【必須】個別相談							
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
対応可能な相談内容	<input type="checkbox"/> 月経不順や月経痛 <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> 避妊 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 性器及び自慰行為に関するもの <input type="checkbox"/> 体型 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 友人や家族等との人間関係 <input type="checkbox"/> 心に関する相談 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 性自認 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
対応可能な相談者	<input type="checkbox"/> 性別問わず対応可 <input type="checkbox"/> 女性のみ対応可 <input type="checkbox"/> 男性のみ対応可						
具体的な実施場所	※実施場所を示した医療機関の図面をご提出ください。						
相談員配置	(1) 資格・経験	※配置した相談員の資格・経験を記載した名簿(様式3-2別紙)をご提出ください。					
	(2) 人数 ※実施時間中の配置人数						
実施した内容	(1) 予約の有無						
	(2) 本人確認の実施方法						
	(3) 相談内容の記録・保管方法						
	(4) 相談料金						
	(5) 1人当たりの想定相談時間 (予約1枠当たりの時間)						
	(6) プライバシーの確保						
	(7) 医師との連携体制						
	(8) 広報の方法						
	(9) その他工夫したこと						
実施曜日・時間	(1) 頻度	<input type="checkbox"/> 週 (_____) 回 <input type="checkbox"/> 月 (_____) 回 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
	(2) 曜日・時間						
実施時間数	(1) 月別合計 ※	4月	時間	5月	時間	6月	時間
		7月	時間	8月	時間	9月	時間
		10月	時間	11月	時間	12月	時間
		1月	時間	2月	時間	3月	時間
	(2) 年間合計						時間
【選択】受診費用助成							
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
対応可能な内容	<input type="checkbox"/> 初回妊娠判定 <input type="checkbox"/> 緊急避妊						
実施した内容	(1) 保護者への連絡						
	(2) 医師との連携体制						
	(3) 保健指導やアフターフォローの内容・方法						
	(4) 関係機関との連携						
	(5) その他工夫したこと						
実施件数	(1) 初回妊娠判定		件	(2) 緊急避妊		件	
	合計						件

【選択】オープンユース							
実施期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
具体的な実施内容							
具体的な実施場所	※実施場所を示した医療機関の図面をご提出ください。						
相談員配置	(1) 資格・経験	※配置した相談員の資格・経験を記載した名簿（様式3-2別紙）をご提出ください。					
	(2) 人数 ※実施時間中の配置人数	個別相談と同日開催する場合：上記のうち、個別相談との兼任（ ）人					
実施した内容	(1) 実施環境						
	(2) 医師との連携体制						
	(3) 広報の方法						
	(4) その他工夫したこと						
実施曜日・時間	(1) 頻度	<input type="checkbox"/> 週（ ）回 <input type="checkbox"/> 月（ ）回 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	(2) 曜日・時間						
実施時間数	(1) 月別合計 ※	4月	時間	5月	時間	6月	時間
		7月	時間	8月	時間	9月	時間
		10月	時間	11月	時間	12月	時間
		1月	時間	2月	時間	3月	時間
	(2) 年間合計	時間					

※個別相談とオープンユースの実施時間について、1か月当たり合計32時間を補助上限とする

相談員名簿

番号	氏名	資格・経験	雇用形態	個別相談		オープンユース	
				担当	専任・兼任(※1)	担当	専任・兼任(※1)
(例)	東京 花子	助産師 当医療機関に10年勤務	非常勤	○ ※担当した場合に○	<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務	○	<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
1					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
2					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
3					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
4					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
5					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
6					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
7					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
8					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
9					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務
10					<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務		<input type="checkbox"/> 本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時は、本事業への専任 <input type="checkbox"/> 本事業実施時も、他事業や通常の診療と兼務

・行が不足する場合は追加してください。

※1「本事業への専任」とは、本事業専任として雇用することを指す

「本事業実施時は、本事業への専任」とは、本事業の実施時間外は他事業や通常の診療を担当することを指す

経費支出額明細

医療機関名

【必須】個別相談				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、使途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
報酬	0 円			
給料及び職員手当等	0 円			
報償費	0 円			
旅費	0 円			
需用費	0 円			
役務費	0 円			
使用料及賃貸料	0 円			
委託料	0 円			
共済費	0 円			
合計	0 円			

【選択】受診費用助成				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、使途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
初回妊娠判定	0 円			
性感染症検査	0 円			
緊急避妊	0 円			
合計	0 円			

【選択】オープンユース				
経費区分	対象経費の 所要見込額 (円)	積算内訳 ※具体的に記載すること。(例)：用途 単価×数量×消費税		備考 ※左記に記載した項目について、使途の補足等を記載
		積算項目・計算式等	所要金額	
報酬	0 円			
給料及び職員手当等	0 円			
報償費	0 円			
旅費	0 円			
需用費	0 円			
役務費	0 円			
使用料及賃貸料	0 円			
委託料	0 円			
共済費	0 円			
合計	0 円			

(※1) 積算内訳については、具体的に記載すること。(例)：単価×数量×消費税=所要金額

(※2) 必要に応じて、行を追加及び削除すること。

(元号) 年 月 日

東京都知事 殿

所在地

法人等名

役職・代表者名

印

東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）補助金における
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

(元号) 年 月 日付 福祉子母第 号で交付の決定（又は変更決定）を受けた補助金に係る消費税及び地方交付税に係る仕入控除額については、下記のとおり報告する。

記

- 1 東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）補助金交付要綱第12条の規定による補助金の確定額（(元号) 年 月 日付 福祉子母第 号による補助確定額）

金 円

- 2 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）

金 円

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

別紙様式第5

申 出 書

このたび申請する(元号) 年度東京ユースヘルスケア推進事業(ユースクリニック補助事業)につきましては、(元号) 年度東京ユースヘルスケア推進事業(ユースクリニック補助事業)補助金交付要綱第3条に基づき、以下のいずれの事業にも該当しませんので、その旨申し出ます。

- ・他の機関から委託、助成又は補助を受け実施する事業
- ・全部又は主要な部分を第三者に委託し実施する事業
- ・第三者に資金を交付することを目的とした事業
- ・宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体及び暴力団又は暴力団員の統制の下にある団体が行う事業

東京都知事 殿

(元号) 年 月 日

(団体名)

(団体の所在地)

(役職・代表者名)

印

誓約書

東京都知事 殿

東京ユースヘルスケア推進事業（ユースクリニック補助事業）交付要綱（以下「要綱」という。）第7条の規定に基づく補助金等の交付の申請を行うに当たり、当該申請により補助金等の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあつては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）が東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号に規定する暴力団関係者（以下「暴力団員等」という。）に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないことをここに誓約します。

また、この誓約に違反又は相違があり、要綱第14条第3号の規定により補助金等の交付の決定の取消しを受けた場合において、要綱第15条の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約します。

あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意します。

（元号） 年 月 日

住所

氏名

登録印
(実印)

※ 法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地、団体名称、代表者の役職及び氏名を記入すること。

- * この誓約書における「暴力団関係者」とは、以下の者をいう。
- ・ 暴力団又は暴力団員が実質的に経営を支配する法人等に所属する者
 - ・ 暴力団員を雇用している者
 - ・ 暴力団又は暴力団員を不当に利用していると認められる者
 - ・ 暴力団の維持、運営に協力し、又は関与していると認められる者
 - ・ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していると認められる者