

助成金交付申請書

年 月 日

美幌町長 様

申請者 住所
氏名
(医療法人の場合は、名称及び代表者氏名)
電話番号

事業名 年度 美幌町開業医誘致等助成金交付事業

美幌町開業医誘致等助成金交付要綱第11条の規定により、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 助成金の名称及び申請額

- (1)土地及び建物等取得費助成金 _____ 円
- (2)土地及び建物等賃借料助成金 _____ 円
- (3)在宅医療経営助成金 _____ 円
- 合 計 _____ 円

2 開設年月日等

- ・診療所等開設（増設）年月日 _____ 年 月 日
 （増設の場合、診療機能が向上する内容）
- ・在宅医療拡充開始年月日 _____ 年 月 日

3 診療科名 _____

4 事業（事務）の着手及び完了の期日

着 手 年 月 日
完 了 年 月 日

5 添付書類

- (1) 診療所の開設許可書の写し
- (2) 事業実績書
- (3) 経費明細書
- (4) 経費の支出が確認できる書類
- (5) 土地及び建物等を取得したことを証する契約書等
- (6) 在宅医療の拡充を完了した内容が確認できる書類
- (7) その他町長が必要と認める書類

6 助成金の振込先銀行等の名称及び口座番号等

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義人
		カナ)