

助成金交付申請書

美幌町長

様

年 月 日

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（事務）名 令和 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 10 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

☐ 土地及び建物等取得費助成金	円
☐ 土地及び建物等賃借料助成金	円
☐ 在宅医療経営支援金	円
合 計	円

2 開設年月日等

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

3 診療科目

4 事業（事務）の着手及び完了の予定期日

着 手 令和 年 月 日
完 了 令和 年 月 日

5 添付書類

- (1) 医師免許証の写し
- (2) 事業計画書（事業診療所部分の建物の区分がわかる図面）
- (3) 経費明細書
- (4) 収支予算書
- (5) 本町に納付すべき公租公課に滞納がない事が確認できる書類
- (6) 一般社団法人美幌医師会の会員であることを証明する書類
- (7) 定款及び登記事項証明書（医療法人の場合）
- (8) 土地及び建物等の取得（賃借）に係る見積書
- (9) 在宅医療の拡充を開始する内容が確認できる書類
- (10) その他

6 口座振替払いを希望する場合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) -----