

南島原市医療提供体制確保事業計画認定申請書

年 月 日

南島原市長 様

所在地（住所）

氏名又は名称及び代表者名

(※)

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人（代表者）が手書き（署名）しない場合は、記名押印してください。

南島原市医療提供体制確保事業補助金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり事業計画の認定を申請します。

記

1 事業実施主体名

2 事業の実施予定場所、開始予定日、工事等の起工予定日

事業実施予定場所	南島原市 町 番地（位置図を添付）
事業開始予定日	年 月 日
工事等の起工予定日	年 月 日

3 補助金交付申請を予定している事業の概要

(1) 診療所開設・承継補助金

① 補助対象経費等

補助対象事業	補助対象経費	補助額(a)	加算額(b)	計(a+b)
建物建設・取得	円	円	円	円
医療機器等整備	円	円		

② 主たる予定診療科

③ 従事予定の医師

医師の氏名	担当診療科	認定を受けている診療科

(2) 在宅医療促進補助金

補助対象事業	補助対象経費	補助金額	備考
在宅医療機器等整備	円	円	

4 資金計画（収支予算）の見込み

区分	費 目	金 額	備 考
収 入		円	
		円	
		円	
	計	円	
支 出		円	
		円	
		円	

	計	円	
--	---	---	--

添付書類

- 1) 医師免許証の写し及び履歴書
- 2) 補助対象建物に係る配置図、平面図及び立面図の写し
- 3) 事業予定地の周辺地図及び四方からの現状写真
- 4) 事業開始までのスケジュール
- 5) 事業予定地の土地及び建物の権利関係が分かる書類
- 6) 開設等に係る資金計画書及び資金の状況を確認できる書類の写し
- 7) 開設等に係る医療機器等の購入計画書
- 8) 開設等を行う者が医療法人であるときは、定款及び登記事項証明書
- 9) 当該年度の前年度分の市民税又は法人市民税に係る納税証明書。ただし、申請する日が4月又は5月
の場合は、前々年度分の納税証明書とする。
- 10) その他市長が必要と認める書類