

南島原市医療提供体制確保事業補助金交付申請書

年 月 日

南島原市長

申請者 所在地
氏名又は名称及び代表者名

年度において南島原市医療提供体制確保事業を実施したいので、補助金を交付されるよう南島原市医療提供体制確保事業補助金交付要綱第 10 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 診療所の名称				
2 診療科目				
3 診療所の所在地		南島原市		
4 事業内容、診療方針等				
5 開設年月日		年 月 日（承継の場合は使用開始予定日）		
6 事業経費		金額（①）	補助対象額（②） （①×1／2）	上限額（③）
開設 承継 在宅 （該当箇所を○で囲んで下さい。）	(1)建物建設費もしくは購入費又は建物改修費	円	円	●開設 (1)3,000 万円 (2)2,000 万円 ●承継
	(2)医療機器等購入費	円	円	(1)1,500 万円 (2)2,000 万円
	(3)指定診療科加算又は指定地域加算	円	円	1,000 万円
	計	円	円	
7 交付申請額		円（②と③の少ない方の額）		
8 備考				

添付書類

- （1）医療法第 8 条に規定する長崎県知事への届出書（添付書類を含む。）の写し（開設の場合に限る。）
- （2）誓約書（様式第 6 号）
- （3）その他市長が必要と認める書類