

南島原市医療提供体制確保事業補助金実績報告書

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

(※)

(※) 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。

年 月 日付 第 号で補助金の交付決定の
あった事業を実施したので、南島原市医療提供体制確保事業補助金交付要綱第12条第1
項の規定により、その実績を報告します。

交付決定番号	第 号
交付決定額	円
実績額	円
添付書類	<input type="checkbox"/> 建物売買契約書、建物建設工事請負契約書又は医療機器等売買契約書のうち申請する補助金に該当するものの写し <input type="checkbox"/> 建物又は医療機器等を取得したときの領収書の写し等(振込みの場合、振込みが分かる書類) <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類