

年 月 日

大館市長 様

住 所
氏 名
(電話番号 — —)

クリニックスタートアップ支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

次のとおり補助金の交付を受けたいので、大館市クリニックスタートアップ支援事業補助金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. 開設した診療科目
(該当する項目に○印) | 1. 内科 ()
2. 小児科
3. 外科
4. 整形外科
5. 泌尿器科
6. 眼科
7. 耳鼻咽喉科
8. その他 () |
| 2. 開設した診療所名 | _____ |
| 3. 補助対象経費の総額 | _____ 円 (A)
《別紙、補助対象経費内訳書のとおり》 |
| 4. 国等の補助金交付決定額 | _____ 円 (B) |
| 5. 補助金の交付申請額 | _____ 円 (B) - (A)
《千円未満切り捨て》 |

- 【添付書類】 ☐ (1) 事業承認通知書及び事業変更承認通知写し 《必須》
☐ (2) 診療を開始したことを証する書類 《必須》
☐ (3) 補助対象経費内訳書（様式第7号） 《必須》
☐ (4) 補助対象経費に係る支出であることを証する領収書等の写し 《必須》
☐ (5) 補助対象経費に係る契約書等又はこれに相当する書類 《必須》
☐ (6) 土地及び建物の登記事項証明書 《必須》
☐ (7) 取得、改修又は解体した空家に係る市の空家証明書
☐ (8) 診療所の職員名簿（医師を含む） 《必須》
☐ (9) 市税の未納がないことを証する書類（法人の場合は代表者に係るもの） 《必須》
☐ (10) 住民票又は全部事項証明書（法人の場合は代表者のもの） 《必須》
☐ (11) 法人を設立して診療所を開設したものは、履歴事項証明書 《必須》
☐ (12) 国等の創業補助金等の交付の可否がわかる書類
☐ (13) その他市長が必要と認める書類等