

別記様式第1号(第6条関係)

診療所取得費等補助金交付申請書

年 月 日

美深町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

〔 医療法人の場合にあっては
名称及び代表者氏名 〕

電話番号 — —

美深町開業医誘致条例第6条第1項の規定により、 補助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。

補助金の名称及び申請額	取得費補助金 円 賃借料補助金 円
診療所開設予定年月日	年 月 日
診療所の名称(仮称)及び開設する診療科目	
添 付 書 類	(1) 医師免許証又は歯科医師免許証 (2) 履歴書 (3) 健康診断書 (4) 事業計画書(診療所とそれ以外の建物の区分が分かる図面を含む。) (5) 経費明細書 (6) 補助金額計算書 (7) 収支予算書 (8) 定款及び登記事項証明書(医療法人の場合) (9) 土地、建物、医療機器等の取得又は賃貸借に係る見積書(建物の改修を行う場合は、改修工事に係る見積書を含む。) (10) その他町長が必要と認める書類