

別記様式第1号(第8条関係)

診療所等に係る助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 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 — —

次のとおり助成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。

1	診療所等の名称 及び診療科目	診療所等の名称 診療科目
2	助成金の名称 及び交付申請額等	交付申請額 開設等予定年月日(※) ☐①土地及び建物取得費助成金 ☐②医療機器等取得費助成金 ☐③固定資産税等相当額助成金 ☐④賃借料助成金 ☐⑤在宅医療支援助成金 ☐⑥人材確保対策助成金 ☐⑦経営安定化支援助成金 合計 円 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
3	添付書類	☐居住している市町村の納税証明書 ☐土地及び建物並びに医療機器等の取得に要する費用及び賃借料を確認できる書類 ☐固定資産税等相当額明細書 ☐在宅医療に要する費用を確認できる書類 ☐助成の対象となる従事者の状況及びその内容を確認できる書類 ☐その他 (以下、新たに開設する場合に限る) ☐医師免許証の写し ☐履歴書 ☐事業計画書 ☐収支予算書

- ※「開設等予定年月日」の記載方法は次のとおり。
- (1) ①②④⑤⑦を申請する場合、開設又は事業の実施予定年月日を記載する。

(2) ③を申請する場合、固定資産税・都市計画税を完納した年月日を記載する。

(3) ⑥を申請する場合、助成対象となる従事者の雇用後1年を経過する年月日（従事者が複数人で雇用後1年を経過する年月日が異なる場合、当該従事者のうち1年を経過する年月日が最も遅い日）を記載する。