

音更町開業医誘致等促進助成金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所

氏 名

（署名又は記名・押印）

（医療法人の場合は、名称及び代表者氏名）

電話番号

音更町開業医誘致等促進助成金交付要綱第10条の規定により、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 助成金の名称及び申請額

土地・建物等取得費助成金 _____ 円

改修費助成金 _____ 円

租税公課助成金 _____ 円

2 補助事業等の着手・完了年月日

_____年 _____月 _____日 着手

_____年 _____月 _____日 完了

3 診療所開設年月日

_____年 _____月 _____日

4 診療科名

5 口座振込先金融機関名称等

金融機関名称 _____

口座番号 _____ 普通・当座

口座名義 _____

6 添付書類

- (1) 診療所等の開設許可書の写し
- (2) 事業実績書、経費明細書及び経費の支出が確認できる書類
- (3) 土地及び建物等を取得したことを証する契約書（土地・建物等取得費助成金の場合）
- (4) 改修工事に要した費用を証する契約書（改修費助成金の場合）
- (5) 固定資産税納税証明書（租税公課助成金の場合）
- (6) 振込みを希望する金融機関の通帳、キャッシュカード等の写し
- (7) その他町長が必要と認める書類

別記様式第2号(第10条関係)

音更町指令第 号

補助事業者等 住 所
氏 名 様
(医療法人の場合は、)
(団体の名称及び代表者の氏名)

音更町開業医誘致等促進助成金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった 年度音更町開業医誘致等促進助成金
については、次のとおり交付(交付を却下)することに決定したので、音更町開業医誘致等
促進助成金交付要綱第10条第2項の規定により通知します。

年 月 日

音更町長 印

記

1 補助金等の交付決定額 金 円
(内訳)

助成金の区分	助成対象経費	交付決定額
土地・建物等取得費助成金	円	円
改修費助成金	円	円
租税公課助成金	円	円

2 交付予定日 年 月 日

3 口座振込先金融機関名称等 (金融機関名称)
(口座番号)
(口座名義)

4 備考 この内容に対し、不服がある補助事業者等は、この通知を受けた日から10日以内
に申請を取り下げることができます。

(担当部署名)

別記様式第3号（第12条関係）

音更町開業医誘致等促進助成金取下届出書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所

氏 名

（署名又は記名・押印）

（医療法人の場合は、名称及び代表者氏名）

電話番号

年 月 日付け音更町指令第 号により助成金の交付決定を受けた助成事業について、次の理由により助成金の交付申請を取り下げます。

1 助成金の名称

2 事業の名称

3 取下げ理由

別記様式第4号（第14条関係）

音更町指令第 号

音更町開業医誘致等促進助成金取消等決定通知書

年 月 日

補助事業者等 住 所
氏 名 様
〔 医療法人の場合は、
団体の名称及び代表者の氏名 〕

音更町長 印

年 月 日付け音更町指令第 号により助成金の交付決定しましたが、交付決定の取消し又は助成金の全部（一部）の返還命令を決定したため、音更町開業医誘致等促進助成金交付要綱第14条の規定により通知します。

1 助成金の名称

2 事業等の名称

3 取消し等の理由

別記様式第5号（第15条関係）

音更町指令第 号

音更町開業医誘致等促進助成金返還請求書

年 月 日

補助事業者等 住 所

氏 名 様

〔 医療法人の場合は、
団体の名称及び代表者の氏名 〕

音更町長 印

年 月 日付け音更町指令第 号で交付決定の取消し又は助成金の全部若しくは一部の返還を命じた音更町開業医誘致等促進助成金について、音更町開業医誘致等促進助成金交付要綱第15条の規定により、次のとおり助成金の全部（一部）の返還を通知します。

1 返還請求金額

_____円

2 交付額

_____円

3 交付取消額

_____円

4 助成金交付年月日

年 月 日

5 返還期限

年 月 日 まで