

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所
法人等の名称
氏 名
電話番号

滑川市診療所開設等支援補助金交付申請書

滑川市診療所開設等支援補助金交付要綱第9条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

診療所等の名称			
診療所等の所在地	滑川市		
医療機器の名称			
納入予定年月日	年 月 日		
事業経費	金額(税込)	補助対象額	上限額
	① 土地取得費 円	①+② × 1/2 円	50,000,000 円
	② 建物取得(増改修)費 円		
③ 医療機器購入費 円	③ × 1/2 円	10,000,000 円	
交付申請額	円 (補助対象額と上限額の少ない方の額・1,000円未満切り捨て)		
備考			