

様式第4号（第10条関係）

西海市医療機関新規開設・承継補助金交付申請書

年 月 日

西海市長

申請者 所在地

名 称

代表者

印

年度において西海市医療機関新規開設・承継補助事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

添付書類

- 1) 医療法第8条に規定する長崎県知事への届出書（添付書類を含む。）の写し（開設の場合のみ）
- 2) 誓約書（様式第5号）
- 3) その他市長が必要と認める書類

1	診療所の名称			
2	診療科目			
3	診療所の所在地	西海市		
4	事業内容、診療方針等			
5	開設年月日	年 月 日※拡張等の場合は使用開始予定日		
6	事業経費	金額	補助額	上限額
	(1) 建物建設費若しくは購入費又は建設リフォーム費	円	円	●新規開業 (1)+(2)5,000万円
	(2) 医療機器等取得費等	円		●承継 (1)1,500万円 (2)2,000万円
	(3) 診療科目加算	円	円	●常勤医1名につき 1,000万円
	(4) 救急加算	円	円	●1件につき3,000万円
	計	円	円	

7 交付申請額	円
8 備考	