様式第３号（第８条関係）

大崎町開業医支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

大崎町長　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　大崎町開業医支援事業補助金交付要綱第８条の規定により，関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　補助事業名 | 大崎町開業医支援事業補助金 |
| ２　診療科目 |  |
| ３　開設場所 | 大崎町 |
| ４　開設予定日 | 年　　月　　日 |
| ５　開設の別 | 新　規　・　承　継 |
| ６　希望補助 | 取得費　・　賃借料　・　固定資産税 |
| ７　要件の確認 | □地域医療に関心を持ち，積極的に医療活動を行おうとする者である□診療所を継続して10年以上開業する見込みがある□一般社団法人曽於医師会に加入又は良好な関係を構築する見込みがある□学校医その他町が実施する事業について町から協力を求められたときに協力する意思がある□町長が指定する診療科名を掲げて診療を行う |

　添付書類

　（1）　事業計画書（別紙１）

（2）　補助金見込額計算書（別紙２）

（3）　取得費等の見積書

（4）　その他事前審査申出書に添付した書類に変更がある場合は変更後の書類

　（5）　誓約書（別紙３）

（6）　その他町長が必要と認める書類

別紙３

年　　月　　日

　大崎町長　　様

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

誓約書

私は，大崎町開業医支援事業補助金の申請にあたり，大崎町開業医支援事業補助金交付要綱（以下，「要綱」という。）の趣旨を十分に理解するとともに，補助金の交付決定を受けたときは，以下の内容について誓約いたします。

　なお，この誓約に反していることが判明した場合又は要綱第15条による交付の決定及び確定の取り消しとなった場合は，要綱第11条による申請の取り下げ又は要綱第16条による補助金の返還に応じます。

１　提出した申請書及び提出書類の内容に虚偽や不正はありません。

　２　補助金の事前審査及び申請に提出した書類の写しは全て原本と相違ありません。

　３　申請した経費については，国・県等その他の機関からの補助金や助成金等を含んでいません。

　４　事業開始から10年を経過するまでは，災害や事故等やむを得ない場合を除き，補助事業で整備した施設や設備を解体，廃棄，又は補助事業以外の用途に使用しません。

　５　直近１年間において都道府県や市町村の税金を滞納していません。

　６　土地の交渉，契約等に関するトラブルが発生した場合は，申請者及び交渉者との間で解決いたします。

　７　大崎町暴力団排除条例第２条第１号に規定する暴力団，同条第２号に規定する暴力団員及び同条第３号に規定する暴力団員等が，申請者の行う事業（診療所の運営，準備等）に参画しておらず，かつ将来にわたっても参画することはありません。

　８　申請書及び提出書類に記載された情報は，行政機関（税務当局，警察，保健所等）の求めに応じて提供することに同意します。