様式第１号（第５条関係）

大崎町開業医支援事業補助金事前審査申出書

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５条の規定により，関係書類を添えて次のとおり事前審査を申し出ます。

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する  □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行う |

　添付書類

　（1）　事業計画（別紙１）

（2）　補助金見込額計算書（別紙２）

（3）　医師免許証の写し及び履歴書

（4）　建物の配置図，平面図，立面図等の写し

（5）　土地の周辺図

　（6）　開設等までのスケジュール

　（7）　資金計画及び資金が確認できる書類の写し

（8）　医療機器等の購入計画書

（9）　その他町長が必要と認める書類