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）　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