様式第１号（第５条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金事業計画認定申請書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

補助対象事業に係る計画について認定を受けたいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　小児科施設開設予定地　　　　　角田市　　　字

２　小児科施設の開業予定年月日　　　　　　年　　月　　日

３　補助対象経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　事業着手予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

５　事業完了予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

６　添付書類

　（１）事業計画書

（２）収支予算書（補助金の交付を受けようとする年度が複数年に及ぶ場合は、その年度ごとの収支が分かるもの）

（３）経費の見積書の写し

（４）申請者が、個人であるときは当該個人の住民票、法人であるときは当該法人の定款及び登記事項証明書

（５）第３条第３号に規定する医師の医師免許証の写し及び履歴書

（６）前年度分の市税に滞納がないことを証明する書類

（７）その他市長が必要と認める書類

様式第２号（第６条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金事業計画認定（不認定）通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

角田市長　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付けで認定申請のあった補助対象事業に係る計画について、下記のとおり決定したので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第６条第１項の規定により通知します。

記

１　認定する

　　認定の条件

　　（１）この事業計画の認定により、角田市小児科医院開設等事業補助金交付申請をすることはできますが、補助金の交付を約束するものではありません。補助金の交付申請は、別途、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第８条第１項の規定に基づき行ってください。

（２）認定を受けた事業計画の内容について変更又は中止若しくは廃止をしようとするときは、速やかに角田市小児科医院開設等事業計画（変更・中止・廃止）申請書（様式第３号）により市長に申請し、承認を受けてください。

２　認定しない

　　理由

様式第３号（第７条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金事業計画（変更・中止・廃止）申請書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付で認定を受けた補助対象事業に係る計画について、下記のとおり内容の（変更・中止・廃止）をしたいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第７条第１項の規定により申請します。

記

１　申請の区分　（変更・中止・廃止）

２　申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （変更・中止・廃止）  をしようとする事項 | 変更をしようとする場合にあっては、その内容 | |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

※　申請内容に応じて、変更に関する書類を添付すること。

３　理由

様式第４号（第７条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金事業計画（変更・中止・廃止）承認通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

角田市長　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付けで申請のあった補助対象事業に係る計画（変更・中止・廃止）のについて、下記のとおり承認したので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第７条第２項の規定により通知します。

記

　承認した内容

様式第５号（第８条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金交付申請書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

下記のとおり補助金の交付を受けたいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第８条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　小児科施設開設予定地　　　　　角田市　　　字

２　小児科施設の開業予定年月日　　　　　　年　　月　　日

３　補助対象経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　補助申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

５　事業着手予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

６　事業完了予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

７　添付書類

　（１）認定通知書の写し

（２）誓約書（様式第６号）

（３）申請日前３か月以内に発行された連帯保証人に係る住民票、所得証明書及び印鑑登録証明書

（４）その他市長が必要と認める書類

様式第６号（第８条関係）

誓約書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

|  |
| --- |
| 私は、角田市補助金等交付規則及び角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱の規定を遵守し、補助金交付決定の取消しを受け、又は受領した補助金の返還義務が生じたときは、市長が定める日までにこれを返還することを誓約します。  申請者　住　　所  氏　　名  （法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）  電話番号 |
| 私は、上記の者が角田市に提出した角田市小児科医院開設等事業補助金交付申請書の内容を確認し、同人に対して、角田市補助金等交付規則及び角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱の規定を遵守させ、補助金交付決定の取消しを受け、又は受領した補助金の返還義務が生じたときは、その返還について連帯して責任を負うことを誓約します。  連帯保証人　住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号  職　　業 |

備考

　連帯保証人は、独立の生計を営み、かつ、補助金の返還に関する債務を負うことができる資力を有する者とすること。

様式第７号（第１１条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金事前着手届

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付けで申請した角田市小児科医院開設等事業補助金について、下記のとおり補助金の交付決定前に事業を実施したいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１１条第３項の規定により提出します。

なお、本件について交付が決定されなかった場合又は交付決定を受けた補助金額が交付申請額に達しない場合において異議は申し立てません。

記

１　小児科施設開設予定地　　　　　角田市　　　字

２　小児科施設の開業予定年月日　　　　　　年　　月　　日

３　補助対象経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　補助申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

５　事業着手予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

６　事業完了予定年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

７　理由

様式第８号（第１２条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金実績報告書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付け角田市指令第　　　号で交付決定のあった角田市小児科医院開設等事業補助金について、下記のとおり実施したので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１２条第１項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　事業完了年月日　　　　　　　年　　月　　日

２　補助対象経費　　　　交付決定額　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　実績額　　　　　　　　　　　　　円

３　補助金額　　　　　　交付決定額　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　実績額　　　　　　　　　　　　　円

４　交付済補助金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

５　今回交付額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

６　添付書類

　　（１）収支決算書又はこれに代わる書類

（２）補助事業に要した経費に係る支払いを証する書類

（３）補助事業の実施に係る写真

（４）その他市長が必要と認める書類

様式第９号（第１２条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金年度終了実績報告書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付け角田市指令第　　　号で交付決定のあった角田市小児科医院開設等事業補助金について、下記のとおり実施したので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１２条第２項の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金の交付を受けようとする年度　　　　　　年度

２　交付決定額　　　　　　　　　　　　円

３　交付済額　　　　　　　　　　　　　円

４　今回交付額　　　　　　　　　　　　円

５　未交付額　　　　　　　　　　　　　円

６　添付書類

　　（１）収支決算書又はこれに代わる書類

（２）補助事業に要した経費に係る支払いを証する書類

（３）補助事業の実施に係る写真

（４）その他市長が必要と認める書類

様式第１０号（第１３条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金額確定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

角田市長　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付けで実績報告のあった角田市小児科医院開設等事業補助金について、下記のとおり補助金の額を確定したので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１３条の規定により通知します。

記

１　補助金交付年度　　　　　　　　　　　　年度

２　交付決定補助金額　　　　　　　　　　　　円

３　交付確定補助金額　　　　　　　　　　　　円

４　交付済補助金額　　　　　　　　　　　　　円

５　今回交付補助金額　　　　　　　　　　　　円

６　未交付補助金額　　　　　　　　　　　　　円

様式第１１号（第１４条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金請求書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

補助事業者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付け角田市指令第　　　号で交付決定のあった角田市小児科医院開設等事業補助金について、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１４条の規定により、下記のとおり請求します。

記

　　　　補助金交付決定額　　金　　　　　　　　　円

　　　　補助金既受領額　　金　　　　　　　　　円

　　　　今回請求額　　金　　　　　　　　　円

　（振込指定口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　本店  農業協同組合　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 預金種別 | １　普通　　　　２　当座 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

様式第１２号（第１５条関係）

角田市小児科医院開設等事業補助金概算払請求書

年　　月　　日

角田市長　　　殿

補助事業者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

年　　月　　日付け角田市指令第　　　号で交付決定のあった角田市小児科医院開設等事業補助金について、概算払を受けたいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１５条第１項の規定により、下記のとおり請求します。

記

　　１　補助金交付決定額等

　　　　補助金交付決定額　　金　　　　　　　　　円

　　　　補助金既受領額　　金　　　　　　　　　円

　　　　今回請求額　　金　　　　　　　　　円

　　２　概算払の理由

　（振込指定口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　本店  農業協同組合　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 預金種別 | １　普通　　　　２　当座 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

様式第１３号（第１６条関係）

医業休止・施設廃止届

年　　月　　日

角田市長　　　殿

補助事業者　住　　所

　　　　氏　　名

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名）

電話番号

次のとおり医業を休止又は施設を廃止したいので、角田市小児科医院開設等事業補助金交付要綱第１６条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

１　医業を休止する場合

　　　医業を休止する期間

　　　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで

　　　医業を休止する理由

　　　現に診療等を受けていた者に対する措置

２　施設を廃止する場合

　　　廃止する施設の名称及び所在地

　　　　名称

　　　　所在地

　　　施設を廃止する理由

　　　現に診療等を受けていた者に対する措置