

別記

第1号様式（第4条関係）

第 号  
令和 年 月 日

高知県知事 様

補助事業者 事務所の所在地：  
名称：  
代表者の職名、氏名及び生年月日

印

令和2年度薬剤師確保対策事業費補助金交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和2年度薬剤師確保対策事業費補助金交付要綱第4条の規定により、薬剤師確保対策事業費補助金の交付を下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助申請額 金 円
- 2 補助事業の目的及び内容
- 3 事業完了予定年月日
- 4 添付書類
  - (1) 薬剤師確保対策事業費補助金所要額調書（別紙1）
  - (2) 薬剤師確保対策事業計画書（別紙2）
  - (3) 収支予算書（別紙3）
  - (4) 県税の滞納が無い旨を証する納税証明書