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

住　所

氏　名

生年月日

交　付　金　交　付　申　請　書

高知県病床機能再編支援交付金交付要綱第４条の規定により、高知県病床機能再編支援交付金の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　交付金交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　申請額算出調書（別紙１）

３　事業計画書（別紙２）

４　単独病床機能再編計画（別紙３）

５　添付資料

（１）別紙４（単独支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書）

（２）許可病床数の変更が分かる書類の写し

　　（３）県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書

（発行後３月以内のもの）又は県税の納税義務がない旨の申立書

第２号様式（第５条関係）

第　　　 　　号

令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

住　所

氏　名

事 業 変 更（ 中止・廃止 ）承 認 申 請 書

令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　第　　　　号で交付の決定がありました高知県病床機能再編支援交付金について、下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、高知県病床機能再編支援交付金交付要綱第５条第２号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更（中止・廃止）の内容及び理由

＜以下２～５については、変更承認申請の場合のみ記載及び提出をお願いします。＞

　２　変更後の申請額　　　　金　　　　　　　　　　　円

３　申請額算出調書（別紙１）

４　事業計画書（別紙２）

５　単独病床機能再編計画（別紙３）

６　添付資料

（注）次に掲げるもののうち、当初の交付金交付申請書から変更があるもののみ提出してください。

（１）別紙４（単独支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書）

（２）許可病床数の変更が分かる書類の写し

第３号様式（第９条関係）

第　　　 　　号

令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

住　所

　　　　氏　名

事　業　実　績　報　告　書

令和　　年　　月　　日付け高知県指令　　　　第　　　　号で（変更）交付の決定がありました高知県病床機能再編支援交付金について、補助事業が完了しましたので、高知県病床機能再編支援交付金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

１　精算額算出調書（別紙１）

２　事業実績報告書（別紙２）

３　添付資料

（注）当初の交付金交付申請書から追加があるもののみ提出してください。

（１）許可病床数の変更が分かる書類の写し