

別記

第1号様式（第4条関係）

貴院の文書管理番号がある
場合はご記入ください。

申請書の提出日 第 号
令和 ○年 ○月 ○日

高知県知事 様

補助事業者 住所 ○○市○○町○○-○○
氏名 医療法人○○○ 理事長○○ ○○
生年月日 昭和○○年○月○日

押印不要

令和6年度高知県在宅歯科診療設備整備事業費補助金 交付申請書

高知県補助金等交付規則第3条及び令和6年度高知県在宅歯科診療設備整備事業費補助金交付要綱第4条の規定により、補助金の交付を関係書類を添えて申請します。

別紙1のH欄（補助所要額）
と同じ額をご記入ください

記

1 補助申請額 金 1,200,000 円

2 添付書類

- (1) 経費所要額調書（別紙1）
- (2) 医療機器等整備内訳書（別紙2）
- (3) 事業計画書（別紙3）
- (4) 見積書
- (5) 歳入歳出予算書（抄本）（別紙4）
- (6) 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、
県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）
又は県税の納税義務がない旨の申立書

※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要項」における第4号様式。
※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
(注) マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。

- (7) (1)から(6)までに掲げる書類のほか、パンフレット等、整備する機器の内容が分かる書類
(注) 補助事業者名は、設置主体の代表者名を記入してください。

補助金振込先：金融機関名 ○○銀行
支店名 ○○支店
口座名義人(カナ) リョウホクジン○○○ リジチョウ ○○ ○○
口座番号
種別：(普通)当座 番号：○○○○○○○○