

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

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) 県税の滞納がない旨を証する納税証明書

又は

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）

※ 1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」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。