

別記

第1号様式（第4条関係）

提出日時点の知事名を記載してください。

高知県知事 ○○ ○○ 様

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

補助事業者

住所

○○市○○町○○-○○

氏名

医療法人○○○ ○○歯科診療所
理事長○○ ○○

生年月日

昭和○○年○月○日

押印不要

令和7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7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

※千円未満は切り捨て

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（別紙4）

(6) 承諾書（別紙5）

(7) 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

(4) 見積書作成時の注意点

1つの機器について、
税込単価×個数＝金額が30万円を超える場
合は、2社以上から見積もりを取り、安価や
方で申請してください。

※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。

(8) (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)

リョウホジソン○○○ リジチョウ ○○ ○○

口座番号

種別：(普通) 当座 番号：○○○○○○○○