別記

第１号様式（第４条関係）

第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　　様

（申請者）住　所

施設名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

平成　　年度高知県産科医等確保支援事業費補助金交付申請書

高知県産科医等確保支援事業費補助金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　補助金申請額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

２　関係書類

（１）産科医等確保支援事業費補助金所要額調書（第1号様式の（１））

（２）産科医等確保支援事業計画書（第１号様式の（２））

（３）歳入歳出予算（見込み）書の抄本

（４）（１）から（３）までに掲げるもののほか、参考となる資料

（分手当が明記された給与規程又は雇用契約書の写し等）

（注）申請者氏名は、設置主体の代表者を記入してください。

　　　　補助金振込先　　　銀行名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

　　　　　　　　　口座番号（普通・当座）

口座名義人（カタカナ）