

病床機能分化促進事業費補助金交付申請書

第 号  
年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所在地  
名 称  
代表者 氏 名  
(市町にあつては、市町長 氏 名)

年度において病床機能分化促進事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定の上は、概算払されるよう併せて申請します。

1 交付申請

(1) 金額 円  
(補助金所要額) (補助金に係る消費税仕入控除税額等) (補助金額)  
円 - 円 = 円

(2) 事業の目的

2 概算払の承認申請

(1) 金額 円  
(2) 理由  
(3) 時期

口座振替先 金融機関名  
支店名  
口座種別  
口座番号  
口座名義人 (カナ)

(注) 法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

事業計画書（変更事業計画書、事業実績書）

1 事業の区分

2 事業費

	年度	計
施設	円	円
設備		
計		
うち補助金		
施設		
設備		

(注) 複数年度にわたる建設工事を行う場合には、欄を適宜追加して、各年度の見込額と合計額を計上すること。

(注) 変更事業計画については、変更前の額を上段にカッコ書きで記載すること。

3 事業の目的

4 事業の（期待される）効果

5 事業内容