様式第１号

|  |
| --- |
| 堺市救急医療対策事業運営費補助金交付申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　堺市長様 　　　　　　　　　　 申請者　所在地　　　　　　　　　　　　 　　　　団体名　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所　 　　 　　年度において堺市救急医療対策事業運営費補助金を次のとおり受けたいので、堺市救急医療対策事業運営費補助金交付要綱６の規定により申請します。 |
| 補　助　申　請　額　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 内　　訳該当事業に☑と金額(千円未満切捨の選定額)を記入 | 添付書類 |
| □病院群輪番制病院運営事業　　　　　　　　　　　円前年度実績報告患者数入院 人外来 人 | １．役員情報届出書(様式第１号の２)２．事業計画書（様式第２号、第３号。該当する事業を各１部）３．所要額予定表（様式５号、第６号。該当する事業を各１部）４．収支予算書（規則様式第３号）５．前年度決算書（提出期限に添付できない場合は確定後速やかに提出すること。） |
| □小児救急医療支援事業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| □歯科急病診療事業　　　　　　　　　　　　　円 | １．役員情報届出書(様式第１号の２)２．事業計画書(様式第４号)３．収支予算書（規則様式第３号）４．前年度決算書（提出期限に添付できない場合は確定後速やかに提出すること。） |
| □事業団管理運営事業　　　　　　　　　　　　円 |