

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
<input type="checkbox"/> 病院群輪番制病院運営事業 <p style="text-align: right;">円</p> 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。)
<input type="checkbox"/> 小児救急医療支援事業 <p style="text-align: right;">円</p>	
<input type="checkbox"/> 歯科急病診療事業 <p style="text-align: right;">円</p>	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。)
<input type="checkbox"/> 事業団管理運営事業 <p style="text-align: right;">円</p>	