様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

魚沼市長　　　　様

住　所

申請者　医療機関名

代表者名

電話番号

医療人材確保及び業務改善支援事業補助金交付申請書

　魚沼市医療人材確保及び業務改善支援事業補助金の交付を受けたいので、魚沼市医療人材確保及び業務改善支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、補助金の交付決定のため、市税の納付状況等について、税務課へ照会することについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金交付申請額 | 円 |
| 　　　　契約内容等 | 契約金額 | 円(消費税を除く。) |
| 契約先 | 住　　所：業 者 名：代表者名：電話番号： |
| 内容等 | ※具体的に記入すること。 |
| 改善等効果 | ※具体的に記入すること。 |

 添付書類

(1)　事業を実施しようとすることを確認できる書類等の写し

(2)　市税の納税証明書(照会に同意しない場合及び納税状況が確認できない場合のみ)

(3)　その他市長が必要と認めるもの