

第 1 号様式(第 14 条関係)

恵庭市産科医院開設支援助成事前承認申請書

年 月 日	
恵庭市長 様	
申請者 住 所 氏 名 [医療法人の場合にあつては] 名称及び代表者氏名 電話番号 — —	
恵庭市産科医院開設支援助成金交付要綱第 14 条の規定により、恵庭市産科医院開設支援助成事前承認申請書を、関係書類を添えて申請します。	
助成金の名称 及び申請額	<input type="checkbox"/> 租税公課助成金 円 <input type="checkbox"/> 土地・建物取得費助成金 円 <input type="checkbox"/> 賃貸料助成金 円 <input type="checkbox"/> 改修費助成金 円 <input type="checkbox"/> 医療機器等助成金 円
開設診療科目	産科・産婦人科
診療所等 開設予定年月日	年 月 日開設(予定)
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師免許証の写し <input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 事業予定計画書(別記第 2 号様式) <input type="checkbox"/> 収支予算書 <input type="checkbox"/> 納税証明書 <input type="checkbox"/> 建物の配置図、各階平面図及び立面図 <input type="checkbox"/> その他