

第 1 号様式(第 14 条関係)

恵庭市産科医院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、恵庭市市産科医院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	☐ 開業準備金 ☐ 人件費助成金 ☐ 租税公課助成金 ☐ 賃借料助成金 ☐ 修繕費助成金 ☐ 医療機器等助成金 ☐ ふるさと融資利息等助成金	円 円 円 円 円 円 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	☐ 医師免許証の写し ☐ 履歴書 ☐ 事業予定計画書(別記第 2 号様式) ☐ 収支予算書 ☐ 納税証明書 ☐ 建物の配置図、各階平面図及び立面図 ☐ その他	