

第1号様式（第3条関係）

申請する法人・団体等が文書管理規定等を整備し、文書番号等を管理している場合は記入してください。

日付は和暦にて記入願います。
事業の着手予定年月日より前に申請願います。
※申請書の提出期限日を超えないこと。

○第 ×××× 号
令和7年11月1日

福島県知事

【個人経営の診療所の場合】
住 所 （診療所住所）
法人名等 （診療所名）
代表者住所 （自宅住所）
代表者職氏名 院長（院長名）
追加記入願います。

住 所 福島市杉妻町2-16
法人名等 公益財団法人〇〇会
代表者職氏名 理事長 △△ △△

押印省略可
下記4の「本件責任者及び担当者」の記入をもって押印省略可能となります。

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付申請書

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 補助事業名

在宅医療基盤整備事業（訪問診療車）

※ 交付要綱別表の事業名を記入

2 補助金交付申請額

金 1, 3 3 3, 0 0 0 円

※ 千円未満切り捨て

3 添付書類

- (1) 事業計画書（第2号様式）
- (2) 収支予算書（第3号様式）
- (3) その他

4 本件責任者及び担当者

責任者氏名 院長（役職） △△ △△
担当者氏名 総務課（役職） △△ △△
連 絡 先 024-XXX-XXXX

連絡の取れる担当者名・電話番号（メールアドレス等）を記入願います。