（様式１）

文　書　番　号

令和５年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

令和○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名　　病棟等転換準備経費支援事業

２　交付申請額　　金○○○，○○○，○○○円

３　所要額調書　　（別に定める様式のとおり）

４　事業計画書　　（別に定める様式のとおり）

５　所要額明細書　（別に定める様式のとおり）

６　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本

（当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。）

(2) 役員等氏名一覧表（様式１付表）

※補助事業者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) その他参考となる資料

問い合わせ先

医療課　地域包括ケアグループ　大森、矢野

電話　045-210-4893（直通）

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　ouhuku-iryou@pref.kanagawa.lg.jp

（様式１付表）

役員等氏名一覧表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 | 氏名のカナ | 生年月日(大正T,昭和S,平成H) | 性別(男・女) | 住　　　　所 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　年　　月　　日現在

記載された全ての者は、申請者、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

法人（団体）名

代表者氏名

（注）(1) 補助事業者が個人の場合、申請者について記載

(2) 補助事業者が法人の場合、代表者及び全ての役員について記載

(3) 補助事業者が法人格を持たない団体の場合、当該団体の代表者について記載