（様式１）

文　書　番　号

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　養成所所在地

　　　　　　養成所名

　　　　　　設置者名　　　　　　　　　　　　　印

平成○○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　　看護師等養成所運営費補助事業

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

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○

（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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（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（様式１）

○第○○号

提出日を記載してください。

記載例

平成○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　養成所所在地

設置者名　学校法人○○○

　　　　　理事長 ○○ ○○

　　　　　　養成所名

　　　　　　設置者名　　　　　　　　　　　　　印

平成○○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。

**複数の課程がある場合は合計金額**を記入してください。

１　補助事業名　　看護師等養成所運営費補助事業

２　交付申請額　　金○○○，○○○，○○○円

左記の記載事項の変更を行う必要はありません。そのたまま提出してください。

　左記３～６に該当する「別に定める様式」は以下のとおり。

３⇒別紙１－１、１－２

４⇒別紙２、２－１～３

５⇒様式なし

６⇒歳入歳出予算書の抄本

・**役員指名一覧表**

・口座振込申出書

・組織図、その他各補助事業者において必要となる書類

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○