

令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金（医療分）記載例

連絡票（交付申請時）

医療機関コード <small>（14から始まる10桁の医療機関コードを記載ください。）</small>		140000000000
医療機関名		医療法人●●会 ○○病院
連絡先	担当者所属	医事課
	担当者名	横浜 花子
	電話番号	045-111-2222
	FAX番号	045-333-4444
	メールアドレス	○○hp@abc.or.jp
※申請書類の内容確認などで連絡することがあります。 書類の作成者など、申請内容の確認ができる方の連絡先を記載ください。		

補助金の交付申請に必要な書類は次の様式です。
申請書類の確認に使用してください。

項目	確認内容	チェック
第1号様式 （事業実施計画）		✓
第2号様式 （交付申請書）		✓
別紙1 （事業実施計画）		✓
別紙2 （事業実施額内訳書）		✓
別紙3 （事業実施計画個票）	申請する事業区分（1～16）ごとに作成してください。	✓
別紙4（1）～（16）	申請する事業区分（1～16）ごとに作成してください。	✓
別紙4個別表 <small>（个人防护具、消毒経緯支出予定額算出根拠）</small>	申請する事業区分ごとにそれぞれ作成してください。算出した際の計算表等があれば当該資料を添付してください。	✓
第9号様式 （役員等氏名一覧表）	9号様式のみメールでご提出ください。	✓
歳入歳出予算書抄本		✓
補助対象に係る見積書、カタログ、その他様式で求めている根拠資料等		✓
事前着手届出書	令和3年度に「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援補助金（医療分）」の交付を受けていない場合は添付してください。	✓

※申請書類等は、原則、押印不要です。

※様式関係（決算書抄本含む）は県ホームページからダウンロードしてください。