（第１号様式）

文　書　番　号

○○年○○月○○日

令和○年度精神科病院処遇改善設備支援事業費補助金交付申請書

　神奈川県知事　殿

申請者　住　　所

郵便番号

法人（団体）名

ふりがな

代表者氏名

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　精神科病院処遇改善設備支援事業

２　補助事業等の着手及び完了の予定期日

３　交付申請額

４　所要額調書　　（別に定める様式のとおり）

５　事業計画書　　（別に定める様式のとおり）

６　所要額明細書　（別に定める様式のとおり）

７　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（第１号様式付表）

※補助事業者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) 設置費用全額が確認できる見積書

(4) カメラ設置場所に係る病棟の図面等資料

(5) 個人情報保護に関する誓約書

(6) 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○○○○＠○○○○

（第１号様式付表）

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