様式第２号（第７条関係）

明石市小児科診療所開設費用助成金 交付申請書

年　　月　　日

（宛先）明石市長

所在地

氏　名

連絡先

　令和６年度明石市小児科診療所開設費用助成金交付要領第７条の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　助成申請額

**円**

２　診療所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 診療所の名称 |  |
| 診療所の所在地 | 明石市 |
| 診療科目 |  |
| 開設者 | 住所  氏名 |
| （法人の場合）  管理者 | 住所  氏名 |
| 従事医師 | 人（常勤　　人　・　非常勤　　人） |
| 開設年月日 |  |

３　対象経費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 費目 | 内訳 | 取得年月日 | 計 |
| 土地 | 取得費 | | R / / | 円 |
| 賃料・リース料 | 月額 円× 月 | R / / | 円 |
| 建物 | 取得費 | | R / / | 円 |
| 賃料・リース料 | 月額 円× 月 | R / / | 円 |
| 改修費 | | R / / | 円 |
| 償却資産 | 購入費 | | R / / | 円 |
| 賃料・リース料 | 月額 円× 月 | R / / | 円 |
| 合計 | | | | 円 |
| 合計 × 1/2 | | | | 円 |

※多数の場合は、合計を記載し内訳を別紙（様式任意）に記載してください