様式第１号（第５条関係）

記　号　番　号

　　年　　月　　日

　小　野　町　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付申請書

　このことについて、小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助年度 | 年度 |
| 補助対象事業の名称 |  |
| 補助対象事業の目的及び内容 |  |
| 補助対象事業による効果 |  |
| 補助対象事業の経費所要額 | 円 |
| 補助金申請額 | 円 |
| 補助対象事業の施行場所 |  |
| 補助対象事業の着手年月日及び完了年月日  （予定） | 着手　　　　　　年　　月　　日  完了　　　　　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | １　事業計画書  ２　収支予算書  ３　実施設計書  ４　建物配置図、平面図、立面図等  ５　その他町長が定める書類 |