様式第１号（第８条関係）

　　年　　月　　日

　　八頭町長　様

申請人　住所

氏名

（団体代表者氏名）

年度　八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業補助金交付申請書

　　　年度において、八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業補助金を下記のとおり受けたいので、八頭町補助金等交付規則第５条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　１　補助事業等の名称　　八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業補助金

　２　補助金交付申請額　　円

　３　添付書類

　　（１）　事業計画書

　　（２）　収支予算書

　　（３）　診療日、診療時間及び人員体制を記載した書類

付録様式２

年度　八頭町障がい者歯科診療所運営支援事業収支予算（決算）書

収入の部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 本年度予算額  （決算額） | 前年度予算額  （予算額） | 比較増減（△） | 摘要 |
| 補助金  計 |  |  |  |  |

支出の部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 決算額 | 予算額 | 比較増減（△） | 摘要 |
| 計 |  |  |  |  |