様式第１号

診療・検査医療機関支援事業費補助金交付申請書

番　　　　　号

年　　月　　日

　（宛先）

　　　滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称  
および代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　年度における診療・検査医療機関支援事業費補助金について、金　　　　　　　円を交付されるよう、滋賀県補助金等交付規則第３条の規定により次の関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり同規則第４条第２項各号のいずれかに該当する事実が判明したときは、同規則第16条の規定に基づき補助金の交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。

　関係書類

　　１　経費所要額調　（別紙１－１）

　　２　事業計画書 （別紙１－２）

　　３　歳入歳出予算書（見込書）の抄本

　　４　その他参考となるべき書類

様式第２号

診療・検査医療機関支援事業費補助金変更交付申請書

番　　　　　号

年　　月　　日

　（宛先）

　　　滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称  
および代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　年度における診療・検査医療機関支援事業費補助金について、　　年　　月　　日付け　　　第　　　号により交付決定を受けましたが、その後の事情の変更により交付額を変更されたく申請します。

１　今回追加交付（一部取消）申請額　　　　　金　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　内訳　　既交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　変更後所要額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　変更を必要とする理由

　関係書類

　　１　経費変更所要額調　（別紙２－１）

　　２　事業計画書 　　 （別紙２－２）

　　３　歳入歳出予算書（見込書）の抄本

　　４　その他参考となるべき書類

様式第３号

診療・検査医療機関支援事業費補助金実績報告書

番　　　　　号

年　　月　　日

　（宛先）

　　　滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称  
および代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付決定通知のあった　　　年度診療・検査医療機関支援事業費補助金について、滋賀県補助金等交付規則第12条の規定によりその実績を関係書類を添えて報告します。

　関係書類

　１　経費所要額精算書　（別紙３－１）

　２　事業実績報告書　　（別紙３－２）

　３　歳入歳出決算書（見込）の抄本

　４　その他参考となる資料

様式第４号

診療・検査医療機関支援事業費補助金交付請求書（概算払）

金　　　　　　　　　　円

　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号で決定通知のあった診療・検査医療機関支援事業費補助金について、概算払により上記金額のとおり交付されるよう、診療・検査医療機関支援事業費補助金交付要綱第１０条の規定により請求します。

　　　年　　月　　日

　　　滋賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　（法人にあっては名称および代表者  
の職名・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏名　　（法人にあっては発行責任者および  
担当者の氏名）

担当者　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　振込先　　（○○銀行○○支店）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　（○○○○○○）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　（（普通・当座）　○○○○○○）

様式第５号

番　　　　　号

年　　月　　日

　（宛先）

　　　滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称  
および代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付決定通知のあった　　　年度診療・検査医療機関支援事業費補助金に係る消費税仕入控除税額について、交付要綱第１１条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

１　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号による補助金の額の確定通知額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　注　２の金額の積算の内訳等参考となる書類を添付すること。