様式第２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職名・氏名）

（自治体にあっては市（町）長の氏名）

（発行責任者・担当者）

氏　名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

（自治体にあっては担当者の氏名）

連絡先電話番号

令和７年度在宅療養支援病院等整備事業費補助金の交付申請について

このことについて、下記の補助金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、この申請に当たり滋賀県補助金等交付規則第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等の交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

記

１．交付申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２．交付対象事業の実施に要する経費に関する調書

・別紙２（１）～（３）のとおり

３．添付書類  
・歳入歳出予算書（見込書）（別紙２（４））

　　・その他参考となるべき資料