

年 月 日

職 氏 名 様

申請者名は補助金を振り込む口座の名義と一致するようにしてください。

住 所
申請者 氏 名

印

(団体にあつては、名称及び代表者の氏名)

年度鳥取県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付申請書

鳥取県地域医療介護総合確保基金事業補助金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

補助事業名(事業区分)を正しく記入しているか確認してください。

補助事業等の名称	鳥取県地域医療介護総合確保基金事業補助金 (補 助 事 業 名)
算定基準額(見込み)	
交 付 申 請 額	
添 付 書 類	1 事業計画書 2 収支予算書(に準ずる書類)

算定基準額、交付申請額(交付額)が様式第1号(1)と一致しているか確認してください。

(注) 算定基準額が確定している場合は「算定基準額」欄の「(見込み)」と。