（様式第１号）

番　　　　　号

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

施設名

代表者

　　年度地域医療人材拠点病院支援事業補助金交付申請書

　標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助申請額　　　金　　　　　　　　円

２　添付書類

事業計画書（様式第２号）

所要額調書（様式第３号）

直近の収支決算書

その他参考となる書類

（様式第４号）

番　　　　　号

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

施設名

代表者

　　　　年度地域医療人材拠点病院支援事業内容変更承認申請書

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった地域医療人材拠点病院支援事業について、下記のとおり変更したいので、承認してください。

１　変更の理由

２　変更の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 変　更　内　容 | 事 業 費 | （円） |
| うち補助金 |
| 当初計画 |  |  |  |
| 変更計画 |  |  |  |

（添付書類）　変更内容及び変更理由がわかるもの

（様式第５号）

番　　　　　号

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

施設名

代表者

　　　　年度地域医療人材拠点病院支援事業中止（廃止）承認申請書

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった地域医療人材拠点病院支援事業について、下記のとおり中止（廃止）したいので、承認してください。

記

１　事業中止（廃止）の理由

２　事業の遂行状況

３　事業を中止する期間（廃止する日）

４　事業実施の見通し

（様式第６号）

番　　　　　号

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

施設名

代表者

　　　　年度地域医療人材拠点病院支援事業補助金実績報告書

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付決定のあった地域医療人材拠点病院支援事業の実施について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

添付書類

　事業実績報告書（様式第７号）

　所要額精算書（様式第８号）

　歳入歳出決算（見込）書の抄本

直近の収支決算書

その他参考となる書類

（様式第９号）

番　　　　　号

年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

施設名

代表者

　　　　年度地域医療人材拠点病院支援事業補助金交付請求書

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で額の確定のあった地域医療人材拠点病院支援事業を下記のとおり支払してください。

記

金　　　　　　　　　　　円

※補助金の振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名等 |  |
| 口座の種類 |  | 口座番号 |  |
| （フリガナ） | ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | |
| 口座名義人 |  | | |

注）１　郵便局以外の金融機関を指定して下さい。

　　２　通帳を御確認の上、正確に記入して下さい。（特に「口座名義人」欄）

（様式第10号）

　地域医療人材拠点病院指定申請書

　　年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　地域医療人材拠点病院支援事業補助金交付要綱第11条の規定に基づき、地域医療人材拠点病院（準地域医療人材拠点病院）の指定について申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．名称 | フリガナ | | |
|  | | |
| ２．所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　　　）  　電話：（　　　）　　　－　　　　　　ＦＡＸ：（　　　）　　　－ | | |
| ３．臨床研修  病院の指定 | 基幹型　　・　　協力型 | | |
| ４．後期研修医数（　　　年  ４月１日現在） | １　年　目 | ２　年　目 | ３　年　目 |
| 人 | 人 | 人 |
| ５．病床総数  （　　　年  ４月１日現在） | 床 | | |
| ６．常勤医師数  （　　　年  ４月１日現在） | 人 | | |

（様式第11号）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

第　　号

　　年　　月　　日

長野県知事　　　　　　　様

補助事業者

（所在地）

（名称・代表者）

年　　月　　日付長野県指令　　　　第　　　号で交付決定があった地域医療人材拠点病院支援事業について、下記のとおり報告します。

記

１　補助金等交付規則第13条第１項の補助金の確定額　　金　　　　　　　　　　円

２　補助金の確定時に減額した消費税仕入控除額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額

　　金　　　　　　　　　　円

４　補助金返還相当額（３－２）　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

　注：別添参考となる書類（消費税確定申告書の写し(税務署の収受印等のあるもの)、付表２「課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し及び３の金額の積算の内訳等）