（規則の別記様式第１）

　番　　　　　号

　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称及び

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付申請書

　　　　　年度における地域医療勤務環境改善体制整備事業について、地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金　金　　　　　　　　　円を交付されるよう、栃木県補助金等交付規則第４条の規定により、次の関係書類を添えて申請します。

　関係書類

　１　最大使用床数等報告書（別紙１－１）

２　勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（計画）（別紙１－２）

　３　対象経費所要額調（別紙１－３）

　４　勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画（任意様式）

（規則の別記様式第２）

番　　　　　号

　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称及び

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金状況（又は実績）報告書

　　　　　年　　月　　日栃木県指令医政第　　　　号で交付決定の通知があった地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金について、栃木県補助金等交付規則第11条（又は第13条）の規定により、その状況（又は実績）を関係書類を添えて報告します。

　関係書類

　１　勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（実績）（別紙２－１）

２　対象経費所要額精算書（別紙２－２）

　３　その他参考となる資料

（規則の別記様式第３）

　　　　年度地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金交付請求書

　　金　　　　　　　　　円

　　　　　年　　月　　日栃木県指令医政第　　　　号で額の確定の通知があった地域医療勤務環境改善体制整備事業費補助金を上記のとおり交付されるよう栃木県補助金等交付規則第18条の規定により請求します。

　　　　　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　様

請 求 者　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名又は名称及び

　　　　　　　　　　　　印

【振 込 先】

|  |
| --- |
| 金融機関名　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　本・支店/出張所  　　　　普　通　・　当　座    口座名義人 |