

様式第1（第5条関係）

年 月 日

岩倉市長

殿

（申請者） 住 所
氏名又
は名称

印

補助金交付申請書

事業について、別紙事業計画書による事業を行うため、補助金の
交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助事業の名称
- 2 補助金申請額

様式第2 (第5条関係)

補助事業計画書

補助事業の名称

補助金申請額 金 円

申請年月日 年 月 日

(申請者) 住所

氏名又

は名称

印

1 補助事業を必要とする理由及び効果

--

備考 理由及び効果については、具体的に記入すること。

2 計画概要

--

備考 補助事業の全体の計画の概要を記入すること。

3 事業費調

費目	数量	単位	単価	金額	適用

4 事業費財源内訳

(単位:円)

区分		予算額	実施計画額	備考
財源	医業収入			
	医業外収入			
	補助金			
計				

備考 財源については、それぞれの根拠を備考欄に記入すること。

(別紙)

年度 第2次救急医療対策事業計画明細書

(病院名

)

1 第2次救急病院運営事業所要額

(単位：円)

区 分	総 額	対象経費の支出予定額	備 考
給与費			
1 常勤職員給与			予定日数
(1) 医師			
(2) 看護師			休日 日
(3) 医療技術員			夜間 日
(4) その他			計 日
2 非常勤職員給与			
(1) 医師			
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			
(4) その他			
計			

(注)

- 1 「総額」欄は年間予定額を記入すること。
- 2 「対象経費の支出予定額」欄は、当番日の年間予定額を記入すること。

2 事業財源内訳等

区 分	予 算 額	実施計画額	備 考
事業費			
歳入 (財源)	医業収入		
	医業外収入		
	補助金		
	計		
歳出	医業費用(給与費)		
	〃 (材料費)		
	〃 (経費)		
	医業外費用		
	計		
差し引き額			

様式第3（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

印

補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 事業に係る補助金について、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

- 1 補助金交付決定額 金 円
- 2 補助金交付条件

様式第4（第7条関係）

年 月 日

岩倉市長 殿

（補助事業者）住 所

氏名又

は名称

印

補助事業変更(中止・廃止)申請書

年 月 日付けで補助金の交付決定の通知のあった
事業について、次の理由によりこの事業を変更(中止・廃止)したいので申請します。

記

- 1 補助事業変更(中止・廃止)の理由及びその内容
- 2 添付書類

岩倉市長

殿

（補助事業者）住 所
氏名又
は名称

印

補助事業実績報告書

年 月 日付けで補助金の交付決定の通知のあった
完了したので、次のとおり報告します。

事業が

記

1 補助事業の名称

2 補助金交付決定額及び精算額 金 円

3 事業費の費途別使用状況

金額費途	予算額	使用額	翌年度への繰越の場合		備考
			予算額	使用額	

4 補助事業の着手及び完了年月日

着手年月日 年 月 日

完了年月日 年 月 日

5 補助事業完了後の効果

--

6 事業費の財源の内訳

区分	予算額	収入済額	未収入額	備考
医業収入				
医業収入以外				
補助金額				
その他				
計				

(別紙1)

年度 第2次救急医療対策事業実績明細書

(病院名

)

1 第2次救急病院運営事費

(単位:円)

区 分	総 額	対象経費の支出額	備 考
給与費			
1 常勤職員給与			実施日数
(1) 医師			
(2) 看護師			休日 日
(3) 医療技術員			夜間 日
(4) その他			計 日
2 非常勤職員給与			
(1) 医師			
(2) 看護師			
(3) 医療技術員			
(4) その他			
計			

(注)

- 1 「総額」欄は年間実績額を記入すること。
- 2 「対象経費の支出額」欄は、当番日の年間実績額を記入すること。

2 事業財源内訳等

(単位:円)

区 分	予 算 額	決算額	備 考
事業費			
歳 入 (財源)	医業収入		
	医業外収入		
	補助金		
	計		
歳 出	医業費用(給与費)		
	〃 (材料費)		
	〃 (経費)		
	医業外費用		
	計		
差し引き額			

(別紙2)

3 診療日数(当番日数)

(単位:日)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平日夜間													
休日昼間													
計													

4 月別患者数

(単位:日、人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平日夜間													
休日昼間													
計													

5 診療科目別患者数等

(単位:人)

		内科	小児科	外科	整形外科	脳外科	産婦人科	皮膚科	耳鼻科	眼科	泌尿器科	計
患者延数	外来											
	入院											
	計											
1日平均(当番日)	外来											
	入院											
	計											

6 患者の来院方法

(単位:人)

区分	初期救急医療施設からの転送			その他			合計
	救急車	その他	計	救急車	その他	計	
外来							
入院							
計							

7 市町村別患者数

(単位:人)

	犬山市	江南市	岩倉市	扶桑町	大口町	その他	計
外来							
入院							
計							

(別紙3)

8 職員数

(単位：人)

	病院職員総数	1日当りの従事者数		備 考
		常 勤	オンコール	
医 師				
看 護 師				
その他の医療従事者				
検 査 技 師				
技能・作業職				
事務職員等				
合 計				

様式第6（第9条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

印

補助金交付確定通知書

年 月 日付けで申請のあった
次のとおり交付することに確定しましたので通知します。

事業に係る補助金について、

記

- 1 補助金交付決定額 金 円
- 2 補助金交付確定額 金 円

補助金請求書

金 _____ 円

ただし、 _____ 補助金として、上記の金額を請求します。

年 月 日

(請求者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

岩倉市長 _____ 殿

振込先金融機関

振込先金融機関名	
預金の種類	
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	