様式第１号(第４条関係)

津山市医療機関支援給付金交付申請書

年　　月　　日

　津山市長　　　　　　殿

申請者　所在地

（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

津山市医療機関支援給付金の交付を受けたいので，津山市医療機関支援給付金事業実施要綱第４条の規定により，関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　円

２　対象施設の名称及び所在地

３　関係書類

(1)　医療機関状況報告書（様式第２号）

(2)　誓約書（様式第３号）

(3)　その他市長が必要と認める書類