様式第１号（第３条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金指定事業者指定申請書

　　年　　月　　日

　　宇和島市長　　　　　　　　　　様

申請者

住所

名称

代表者(氏名)

　指定事業者の指定を受けたいので、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第３条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

添付書類

（１）　診療に従事する者の医師免許証の写し

（２）　申請者が個人の場合にあっては履歴書、法人の場合にあっては現在事項全部証明書

（３）　医療機関の敷地の平面図及び周辺の見取図

（４）　医療機関の建物の平面図（改修の場合は改修前後が分かること）

（５）　補助対象経費に係る見積書その他の金額が確認できる書類

（６）　前各号に掲げるもののほか、市長が必要と定める書類

事業計画書

１　事業者の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名又は名称 |  | 代表者氏名 | | |  |
| 住所又は所在地 |  | | | | |
| 電　話 |  | | ＦＡＸ |  | |
| 電子メール |  | | | | |
| 診療予定科目 |  | | | | |
| その他参考事項 |  | | | | |

２　医療機関事業計画

（１）　計画の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助の種類 | 新築　　　　　　改修　　　　　増改築 | | | |
| 医療機関名仮称 |  | | | |
| 目　的 |  | | | |
| 事業所の  予定地 |  | | | |
| 総事業費 | 円 | | | |
| 工事期間 | 着手 | 年　　月　　日 | 完成 | 年　　月　　日 |
| 診療開始予定日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 予定従業員数 | 医　師　　名　　　　　　　看護師　　名  その他（職種　　　　　　　　　）　　名 | | | |
| 本市の医療機関での勤務経験  （医療機関名称及び勤務期間） |  | | | |
| 事業承継の場合の 承継元医療機関名 |  | | | |

（２）　事業費内訳

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種別・規模・能力・数量等 | 金額 |
| 土地 |  |  |
| 建物 |  |  |
| 償却資産 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合計 |  |  |

（注）１　区分ごとに明細書を付すこと。

　　　　２　この表では欄が不足する場合は、別紙にして提出すること。

（３）　資金計画

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 金額 |
| 自己資金 |  |
| 事業用資産売却 |  |
| 借入金 |  |
| その他 |  |
| 合計 |  |

（４）　既存の事業の概要（事業承継の場合記載すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種別・規模・能力・数量等 | 金額（円） |
| 土地 |  |  |
| 建物 |  |  |
| 機械・装置 |  |  |
| 構築物 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合計 |  |  |

様式第２号（第３条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金指定事業者通知書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  申請者  住　所  名　称  代表者  　　　　　年　　月　　日付けで申請があった指定事業者指定申請書については、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第３条の規定により次のとおり指定することとしたので通知します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宇和島市長 | | | | |
| 医療機関名仮称 |  | | | |
| 事業所予定地 |  | | | |
| 工事期間 | 着手 | 年　　月　　日予定 | 完成 | 年　　月　　日予定 |
| 条件  １　指定した事業について、次の各号のいずれかに該当する事由が発生したときは、速やかに市長に申請しなければならない。  　（１）　申請事項の変更  　（２）　診療開始予定日の変更  　　　（３）　事業の休止又は廃止  ２　指定事業者が次の各号のいずれかに該当する場合には、その指定を取り消し、補助措置を中止するとともに、既に交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。ただし、その理由が医師（医療法人に所属する医師を除く。）の病気、死亡その他やむを得ない事情である場合は、この限りでない。  （１）　第３条第１項又は第８条に規定する要件又は条件を欠くに至ったとき。  （２）　指定事業者の責に帰すべき理由により、指定を受けた日の翌日から起算して１年以内に建物工事を開始しないとき。  （３）　指定事業者の責に帰すべき理由により、診療開始日から10年に達する日までの間に１年以上医療機関を休止したとき。  （４）　第５条規定による届出を怠ったとき。  （５）　指定事業者の責に帰すべき理由により、医療機関を開設した日から10年に達するまでの間に医療機関を廃止し、かつ、別の医師等に承継できなかったとき。  （６）　医師免許の取消し等により、医療機関の業務を継続できなくなったとき。  （７）　虚偽その他不正な手段により指定事業者の指定を受け、補助金の交付を受けたことが判明したとき。  （８）　補助金を他の用途に使用したとき。  （９）　市税を滞納したとき。 | | | | |

様式第３号（第５条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金変更申請書

　　年　　月　　日

　　宇和島市長　　　　　　　　　　様

申請者

住所

名称

代表者(氏名)

　　年　　月　　日付で申請した指定事業者指定申請の内容を変更したいので、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日・番号 | 年　　　月　　　日　　　　　　第　　　　　号 |
| 変更理由 |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変更事項  及び参考資料 |  |

（注）変更の内容を確認できる資料を添付すること。

様式第４号（第５条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金変更承認通知書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  申請者  住　所  名　称  代表者  　　　　　年　　月　　日付けで申請があった変更申請については、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第５条の規定により次のとおり承認することとしたので通知します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宇和島市長 | | | | |
| 医療機関名仮称 |  | | | |
| 事業所予定地 |  | | | |
| 工事期間 | 着手 | 年　　月　　日予定 | 完成 | 年　　月　　日予定 |
| 変更承認の項目 及び内容 |  | | | |
| 条件  １　指定した事業について、次の各号のいずれかに該当する事由が発生したときは、速やかに市長に申請しなければならない。  　（１）　申請事項の変更  　（２）　診療開始予定日の変更  　　　（３）　事業の休止又は廃止  ２　指定事業者が次の各号のいずれかに該当する場合には、その指定を取り消し、補助措置を中止するとともに、既に交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。ただし、その理由が医師（医療法人に所属する医師を除く。）の病気、死亡その他やむを得ない事情である場合は、この限りでない。  （１）　第３条第１項又は第８条に規定する要件又は条件を欠くに至ったとき。  （２）　指定事業者の責に帰すべき理由により、指定を受けた日の翌日から起算して１年以内に建物工事を開始しないとき。  （３）　指定事業者の責に帰すべき理由により、診療開始日から10年に達する日までの間に１年以上医療機関を休止したとき。  （４）　第５条規定による届出を怠ったとき。  （５）　指定事業者の責に帰すべき理由により、医療機関を開設した日から10年に達するまでの間に医療機関を廃止し、かつ、別の医師等に承継できなかったとき。  （６）　医師免許の取消し等により、医療機関の業務を継続できなくなったとき。  （７）　虚偽その他不正な手段により指定事業者の指定を受け、補助金の交付を受けたことが判明したとき。  （８）　補助金を他の用途に使用したとき。  （９）　市税を滞納したとき。 | | | | |

様式第５号（第６条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金指定事業者指定取消通知書

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　　号  住所  名称  代表者  　　　　　年　　月　　日付で行った指定事業者の指定については、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第６条の規定により取り消したので通知します。  　　　　　　年　　月　　日  宇和島市長 | |
| 医療機関名仮称 |  |
| 所在地 |  |
| 支払済補助金 |  |
| 取消理由 |  |
| 補助金の返還又は賠償等に関する事項 |  |

様式第６号（第７条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金診療開始日届

　　年　　月　　日

　　宇和島市長　　　　　　　　　　様

届出者

住所

名称

　　　　　　　　 代表者

　診療を開始する日が決まりましたので、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第７条の規定に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日・番号 | 年　　　月　　　日　　　　　　第　　　　　号 |
| 診療開始日 | 年　　　月　　　日 |
| 従業員数 | 人（うち新規雇用従業員　　　　　　人） |
| 標榜する診療科目 |  |

添付書類

・診療開始日が確認できる資料（写し可）

様式第７号（第９条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付申請書

（初期投資に係る経費・勤務医加算）

年　　月　　日

宇和島市長　　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者氏名

補助金の交付を受けたいので宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第９条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

（１）　医療機関開設届又は開設許可事項の変更届（保健所の受付印のあるもの）の写し

（指定事業者が医療法人の場合は、医療機関開設許可書又は開設許可事項の変更届の写し）

（２）　補助対象経費に係る契約書、領収書その他の支出証拠書類の写し

（３）　次のいずれかに該当する場合は、その書類の写し

　　ア　土地を取得した場合は、全部事項証明書

　イ　建物を新築、改修、又は増改築した場合で、建築確認通知書又は検査済証などの手続きを経た場合はその書類の写し

（４）　土地、又は建物の図面

（５）　補助金の対象となるものの写真

（６）　前各号に掲げるもののほか、市長が必要と定める書類

１　事業者の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名又は名称 |  | 代表者氏名 | | |  |
| 住所又は所在地 |  | | | | |
| 電　話 |  | | ＦＡＸ |  | |
| 電子メール |  | | | | |
| 診療科目 |  | | | | |
| その他参考事項 |  | | | | |

２　医療機関の概要

（１）　実施の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名称 |  | | | |
| 目　的 |  | | | |
| 事業所所在地 |  | | | |
| 総事業費 | 円 | | | |
| 工事期間 | 着手 | 年　　月　　日 | 完成 | 年　　月　　日 |
| 診療開始日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 従業員数 | 医　師　　名　　　　　　　看護師　　名  その他（職種　　　　　　　　　）　　名 | | | |
| 本市の医療機関での勤務経験  （医療機関名称及び勤務期間） |  | | | |
| 事業承継の場合の  承継元医療機関名 |  | | | |

（２）　事業費内訳

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種別・規模・能力・数量等 | 金額 |
| 土地 |  |  |
| 建物 |  |  |
| 償却資産 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合計 |  |  |

（注）１　区分ごとに明細書を付すこと。

　　　　２　この表では欄が不足する場合は、別紙にして提出すること。

（３）　資金計画

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 金額 |
| 自己資金 |  |
| 事業用資産売却 |  |
| 借入金 |  |
| その他 |  |
| 合計 |  |

　（４）　既存の事業の概要（事業承継の場合記載のこと）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種別・規模・能力・数量等 | 金額（円） |
| 土地 |  |  |
| 建物 |  |  |
| 機械・装置 |  |  |
| 構築物 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合計 |  |  |

３　勤務する医療従事者の内訳書（診療開始日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 職種（看護師・その他） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（注）　この表で足りない場合には、複写又は別表等にして全員記載すること。

様式第８号（第９条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付申請書

（雇用促進加算）

年　　月　　日

宇和島市長　　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者氏名

補助金の交付を受けたいので宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第９条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

（１）　雇用状況が確認できる書類

（２）　賃金の支払状況が確認できる書類

勤務する医療従事者の内訳（交付申請書提出日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 職種（看護師・その他） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（注）　この表で足りない場合には、複写又は別表等にして全員記載すること。

様式第９号（第９条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金に係る

仕入れに係る消費税等相当額報告書

年　　月　　日

　宇和島市長　　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者氏名

年　　月　　日付け指令第　　号で交付決定の通知があった宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金について、当該補助金に係る仕入れに係る消費税相当額が確定したので宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　補助金交付要綱第10条の交付決定額 | 円 |
| ２　補助金の交付申請時に減額した仕入れに係る消費税等相当額 | 円 |
| ３　消費税及び地方消費税額の申告により確定した仕入れに係る消費税等相当額 | 円 |
| ４　補助金返還相当額（３－２） | 円 |

様式第10号（第10条関係）

宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　　号  住所  名称  代表者  　　　年　　月　　日付けで申請があった補助金の交付については、次のとおり決定したので、宇和島市医療機関新規開業等支援事業補助金交付要綱第10条の規定に基づき通知します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　宇和島市長 | |
| 補助の種類 | 補助金の金額 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 合計金額 | 円 |