

様式第 1 号（第 5 条関係）

湖西市産婦人科医院誘致補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者 住 所（法人にあつては所在地）

氏 名（法人にあつては代表者）

T E L

湖西市産婦人科医院誘致補助金交付要綱第 5 条の規定により次のとおり補助金の交付を申請します。

開設場所	湖西市
事業等の目的及び診療内容	
医院の開設（予定）年月日	年 月 日
補助金交付申請額	
添付書類	1 申請者の医師免許証の写し 2 申請者の履歴書 3 事業実績書 4 収支決算書 5 補助対象経費に係る領収書の写し 6 県補助金交付確定通知書の写し 7 上記に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

様式第3号（第7条関係）

湖西市産婦人科医院誘致補助金交付決定及び確定通知書

第 号  
年 月 日

様

湖西市長



年 月 日付けで申請のありました補助金について、湖西市産婦人科医院誘致補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり補助金の決定及び額の確定をしたので通知します。

住所（所在地）	
氏名（代表者）	
開設場所	湖西市
交付決定及び確定額	
年度ごとの交付額	初年度 円 年度 円 年度 円 年度 円 年度 円

様式第4号（第7条関係）

湖西市産婦人科医院誘致補助金不交付決定通知書

第 号  
年 月 日

様

湖西市長



年 月 日付けで申請のあった湖西市産婦人科医院誘致補助金について、交付しないことを決定したので通知します。

不交付決定の理由：

様式第 5 号（第 8 条関係）

湖西市産婦人科医院誘致補助金請求書

年 月 日

（宛先）湖西市長

請求者 住 所（法人にあっては所在地）

氏 名（法人にあっては代表者）

⑩

T E L

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定及び額の確定通知を受けた補助金について、湖西市産婦人科医院誘致補助金交付要綱第 8 条第 1 項の規定により次のとおり請求します。

補助金交付決定額	
補助金交付確定額	
補助金請求額	

振込先金融機関

金融機関名	
本・支店名等	
預金の種類	普通 ・ 当座（該当を○で囲む）
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

様式第6号(第10条関係)

第 号  
年 月 日

様

湖西市長

印

補助金返還命令書

年 月 日付け 第 号により交付の決定及び額の確定をした補助金について、次のとおり返還を命ずる。

返還額 金 円

交付額 金 円

交付年月日 年 月 日

返還の理由

返還期日 年 月 日限り

返還手続

消費税仕入控除税額等報告書

第 号  
年 月 日

（宛先）湖西市長

請求者 住 所（法人にあっては所在地）

氏 名（法人にあっては代表者）

⑩

T E L

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定を受けた補助事業に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| 1 補助金の確定額                          | 金 | 円 |
| （ 年 月 日付け 第 号による額の確定通知額）           |   |   |
| 2 補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等 | 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仕入控除税額等   | 金 | 円 |
| 4 補助金返還相当額（3の額から2の額を差し引いた額）        | 金 | 円 |