様式第１号

令和　　年度女性医師等就労支援事業費補助金交付申請書

　　　　　　　　第　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（　あ　て　先　）

　　埼　玉　県　知　事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　所　在　地

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

下記のとおり令和　　年度女性医師等就労支援事業費補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則及び女性医師等就労支援事業費補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　交付申請金額　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　所要額調書（別紙１）

３　支出計画書（別紙２）

４　事業計画書（別紙３）

５　添付書類

　（１）当該事業に係る歳入歳出予算書抄本（当該補助事業の支出予定額を備考欄に明記

　　　すること）

　（２）その他参考資料（見積書、カタログ、所要額の算出根拠となる資料等）

　　（注）添付資料はＡ４判とすること。