

様式第1号（第5条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金交付申請書

第 号  
年 月 日

大阪府知事様

医療機関名

医療機関所在地  
(二次医療圏名を併記)

開設者氏名（法人の場合は、  
名称及び代表者の職氏名）

開設者住所（法人の場合は、  
主たる事務所の所在地）

年度において大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金を次のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条第1項の規定により申請します。

記

補助事業の目的及び内容	新型インフルエンザの入院患者を受け入れるために必要な医療資材の整備
補助事業の経費の配分	別紙、経費所要額明細書のとおり
補助事業の経費の使用方法	直接執行
交付を受けようとする補助金の額	円
関係書類	1. 経費所要額内訳書（様式第1号別紙1） 2. 経費所要額明細書（様式第1号別紙2） 3. 当該事業に係る歳入歳出予算（見込）書の抄本（非営利法人にあっては定款又は寄付行為及び収入支出予算書（見込）抄本） （当該補助事業の支出予定額を備考欄等に記入すること） 4. 見積書 5. カタログ等仕様のわかる書類 6. 債権債務者登録申出書 7. その他参考となる資料