**提出時の注意とお願い**

申請全体を通して

* 提出について、**期限厳守**でお願いします。
* 記入漏れのないよう、提出前に再度御確認下さい。
* 各書類は、１部ずつ御提出ください。（電子データによる提出可）
* 補助事業者名の代表者は、法人であれば法人の代表者（理事長等）、個人であれば開設者（院長等）となりますので、御注意下さい。
* 他の補助金を申請予定の事業者様は、**対象経費が重複していないことを御確認ください**。
* 訂正する際は、新しい用紙に書き直しをお願いします。修正液、修正テープ等は使用しないでください。
* **申請書の様式や記入方法については、医務課救急・周産期・災害医療グループの当該補助金のホームページ**

**(**https://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/sankaitousienjigyouhihojyokin.html**)に掲載されているものを御使用・御確認ください。掲載様式は、自動計算用の数式が入っております。万が一ホームページで様式のダウンロードができない方は、医務課担当宛てに御連絡ください。様式を電子メール等により送付いたします。古い様式は使用しないでください。**

【その他】

* **交付申請書の提出後に代表者や所在地等に変更があった場合、参考様式１の変更届を御提出下さい。**
* 初めて愛知県の補助金等の申請を行う場合や、既に愛知県で登録されている振込口座を変更する場合は、参考様式２の愛知県受取人届出書を御提出下さい。
* 申請書を提出した後に補助金を辞退される場合は、交付要綱第４にもとづき書類の提出が必要となりますので御連絡ください。
* 御不明な点等につきましては下記連絡先へ御連絡ください。

担　当　保健医療局健康医務部医務課

救急・周産期・災害医療グループ

（産科医等支援事業費補助金 担当）

電　話　052-954-6628（ダイヤルイン）

ﾌｧｸｼﾐﾘ　052-954-6918

E-MAIL　imu@pref.aichi.lg.jp

　例年下記の点で誤りが多くなっておりますので御確認下さい。

**提出前のチェック項目**

□　申請書の補助事業者欄に役職（理事長、院長等）はありますか。

□　日付については、

　　変更交付申請（様式１－５）　３月２９日

　　実績報告書（別紙様式２）　　　４月５日

　　請求書　　　　　　　　　　　　日付空欄　　　　　ですか。

□　**振込口座は正しく記載されていますか**（金融機関名、口座種別・口座番号、名義）

　　※ 誤りがあると支払いに支障が生じますのでご注意ください。

□　額や計算に誤りはありませんか。