（別紙様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　号

　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

愛知県知事　殿

（住所）

補助事業者名

　　　年度愛知県医師少数区域経験認定医師医療施設支援事業費補助金の

交付申請について

 このことについて、次の関係書類を添えて申請します。

記

１　申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　円

２　事業所要額調書（別紙様式２）

３　所要額明細書（別紙様式３）

４　事業計画書（別紙様式４）

５　添付資料

（１）歳入歳出予算書

（２）その他参考となる書類