（様式1-5（産科医等支援事業費補助金））

**＞　　　　　　　　　　　　　　の場合のみ、提出**

（【交付申請書の所要額】≦【実績報告の所要額】の場合は、提出不要）

**交付申請書の所要額**

**実績報告の所要額**

番 　 号

**令和７**年**３**月**３１**日

【記載内容】

次頁「住所、補助事業者名の記入方法について」を参照してください

* 押印は不要です

必ず３月３１日付けにしてください。

　愛 知 県 知 事 殿

〇〇市△町□□１－２

医療法人〇〇会

理事長　□□　□□

**令和６**年度産科医等支援事業費補助金の変更交付申請について

　このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　変更申請額　 　金（様式１－５－４の（H）欄と同額）円・・・Ⓐ

　　既交付決定額　 金（交付決定通知の額）円・・・Ⓑ

　　差引増減額　　 金（（変更申請額）－（既交付決定額））円

 Ⓐ Ⓑ

２　事業所要額調書、事業計画書

~~（１）産科医等確保支援事業（様式1－5－1）~~

増減額は△○○，○○○円と記載

（増減額がマイナスにならない場合、変更交付申請は不要です）

~~（２）新生児医療担当医確保支援事業（様式1－5－2）~~

~~（３）産科医等育成支援事業（様式1－5－3）~~

（４）帝王切開術医師支援事業（様式1－5－4）

３　添付書類

（１）当該事業に係る歳入歳出予算書

（２）その他参考資料

**住所、補助事業者名の記入方法について**

申請全体を通して、すべて同様に御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記載内容 | 記載例 |
| 医療法人の場合 | ①代表者が理事長の場合・法人住所・法人名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２医療法人〇〇会理事長　□□　□□ |
| 医療法人でない場合（個人開設の病院、診療所、助産所） | ・施設住所・施設名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２△△病院院長　□□　□□ |

※全国組織等の本部より病院長へ、補助金に係る申請手続等を委任されている場合（委任状を御提出いただく場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 記載内容 | 記載例 |
| ・施設住所・法人名・施設名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２〇〇機構　△△病院院長　□□　□□ |