（別紙様式２（産科医等支援事業費補助金））

必ず令和７年３月31日～令和７年４月５日の間の日付にしてください。

【**全補助事業者**提出書類】

番　 　 号

**令和７**年**４**月**４**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

　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実績報告について

　このことについて、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

１　補助金精算額　　　　　　金＿＿下記参照＿＿円

２　所要額精算書及び事業実績報告書

（１）産科医等確保支援事業（様式２－１）

~~（２）新生児医療担当医確保支援事業（様式２－２）~~

~~（３）産科医等育成支援事業（様式２－３）~~

~~（４）帝王切開術医師支援事業（様式２－４）~~

３　添付書類

（１）当該事業に係る歳入歳出決算（見込）書

（２）その他参考資料

【補助金精算額について】

　下記の額を記載してください。

○　変更交付申請書を提出した場合

　　変更交付申請書（様式１－５）の変更申請額（の額）

○　変更交付申請書を提出していない場合

　　当初の申請額（補助所要額H）

**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　□□　□□ |