様式１－１

愛知県医療機関職場環境改善等事業費補助金　交付申請書兼請求書

愛知県知事　殿

愛知県医療機関職場環境改善等事業費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、下記5の「支給申請に関する誓約事項」について誓約します。
なお、振込は下記3の「振込口座」までお願いします。

↓申請対象機関の日付を入力してください

1．申請者の情報

		申請年月日	2025 年 月 日		
フリガナ		住所・所在地	〒 ー		
病院等の名称	医療機関コード: 1234567890				
フリガナ		事務担当者	氏名		
開設者 （代表者の職・氏名も記載）	法人名（個人の場合は記載不要） 代表者職　氏名		電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		

2．交付申請額

愛知県医療機関職場環境改善等事業費補助金　交付申請額（円）	0円	（消費税及び地方消費税相当額の有無）	
精算・概算の別		←原則として概算払を選択（事業が完了しており、希望する場合のみ精算払を選択可）	

3．振込口座

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
口座番号 （右詰め）		預金種別		口座名義			
口座名義（カナ） （スペースも含めて正確に記載）							

※　ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入すること。

4．申請者と口座名義人が**異なる**場合の委任事項　**（該当する場合のみ記入）**

私は下記の者を代理人と定め、愛知県医療機関職場環境改善等事業費補助金についての受領、返納及び精算に関する一切の権限を委任します。
なお、3の振込口座は法人が管理しているなどの事業用口座です。

（受任者）口座名義人に関する必要事項を記入

住所			
受任者名			
職名 （法人の場合のみ）		氏名 （法人の場合のみ）	

5．支給申請に関する誓約事項

（1）　支給要件を満たしていることを誓約します。
（2）　補助金の額が確定した場合及び計画変更の承認を受けた場合であって、概算払いで交付された金額が補助対象経費の支出額を上回っている場合は、その金額を知事が指定する期日までに返還します。
（3）　本補助金に関する報告や調査について、県から求められた場合には、これに応じます。
（4）　本補助金の交付後、定めのある返還事由に該当した場合は、補助金の全額を返還します。

（消費税及び地方消費税を補助対象経費に含める場合のみ）
（5）　補助事業完了後、補助金に係る消費税及び地方消費税仕入控除税額が確定した場合は、速やかに報告するとともに、当該仕入控除税額を返還します。

□　上記の誓約事項について確認しました。（必ずチェックしてください）