様式第２号（第７条関係）

年　　月　　日

飯田市長　様

住　　所
申請者　法人等の名称
氏名（代表者）

飯田市診療所承継・開業支援補助金交付申請書

飯田市診療所承継・開業支援補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて次のとおり補助金の交付を申請します。

診療所等の名称	
診　療　科　目	
開設年月日	年　　月　　日
保険診療開始日	年　　月　　日
交付申請額	円

誓約事項

1　継続して10年以上診療を行う意思を有すること。
2　医師会に加入すること。
3　飯田市休日夜間急患診療所事業、在宅当番医制事業その他の地域医療の確保に必要な事業に協力すること。

添付書類

1　診療所の管理者となる医師の医師免許証の写し及び履歴書
2　診療所の承継又は開業に係る医療法第８条に基づく届出を行ったことがわかる書類及び保険医療機関の指定を受けたことがわかる書類
3　医師会に加入していることを確認できる書類の写し（交付申請時において医師会に加入していな場合にあっては、加入することを誓約する書類）
4　飯田市診療所承継・開業支援補助金事業計画書
5　建物の配置図、平面図、立面図等の写し及び見積書の写し
6　申請者が法人である場合にあっては、定款及び登記事項証明書
7　医療機器等整備費、備品等整備費又は開業初期運営費に係る補助対象経費の金額が確認できる書類
8　市税完納証明書
9　その他市長が必要と認める書類