様式第14号(第20条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 　　年度感染症指定医療機関設置運営費補助金交付申請書 |

年　　月　　日

　福井県知事　　　　様

感染症指定医療機関

名称

所在地

開設者

住所

氏名

　　　　年度の感染症指定医療機関設置運営費補助金の交付を受けたいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則第20条第2項の規定により関係書類を添え、次のとおり申請します。

1　補助事業の名称

2　補助事業の目的および内容

3　交付申請額

4　補助事業の完了の予定期日

5　交付申請額の算出方法

6　添付書類

　(1)　前年度の入院患者数調

　(2)　収入額の内訳

　(3)　事業年度の歳入歳出決算(見込み)書および請求年度の歳入予算書抄本