

南相馬市地域医療提供体制整備補助対象者公募申込書

年 月 日

南相馬市長

申込者 所在地
名 称
代表者
連絡先

年度において南相馬市地域医療提供体制整備補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて提出します。

1	診療所等の名称	承継前の名称と前管理者名（ ）			
2	診療科目				
3	事業計画の内容				
	(1) 事業内容				
	(2) 開設場所				
	(3) 事業費内訳	建物取得費	円		
		工事請負費	円		
		土地、建物賃借料	円		
		医療機器等購入費	円		
		医療機器等賃借料、リース料	円		
		委託料	円		
		その他	円		
		合 計	円		
	(4) 資金計画	自己資金	円		
		借入金	円		
		その他補助金等	円		
	(5) 建築面積	建築面積	m ²		
		延床面積	m ²		
		診療面積	m ²		
	(6) 施工予定時期	着工	年 月 日		
		竣工	年 月 日		
	(7) 施工予定業者				
(8) 開設予定日	年 月 日※	保険診療開始日	年 月 日※		
4	職員採用計画				
	(1) 医師	常勤 人・非常勤 人	(5) 助産師	常勤 人・非常勤 人	
	(2) 薬剤師	常勤 人・非常勤 人	(6) 放射線技師	常勤 人・非常勤 人	
	(3) 看護師	常勤 人・非常勤 人	(7) 事務員	常勤 人・非常勤 人	
	(4) 准看護師	常勤 人・非常勤 人	(8) その他	常勤 人・非常勤 人	
	合 計	常勤 人 ・ 非常勤 人			
5	備 考				

※承継の場合、開設許可(届出)事項の変更届及び保険医療機関届出事項変更（異動）届の変更日を記入すること。

6 履歷事項

ふりがな 氏 名		写真貼付 縦 36～40mm 横 24～30mm 正面・上半身・ 脱帽で、提出前 3箇月以内に
年 月 日生 満 (歳) 男・女		
ふりがな 現住所 〒		
E-mail		
ふりがな 連絡先 〒		

医師免許取得年月日	年 月 日
-----------	-------

保険医登録年月日	年 月 日
----------	-------

[illegible]

【添付書類】

- ① 医師免許証の写し
- ② 保険医としての証の写し
- ③ 診療の用に供する施設を新規開設又は改修する場合
 - ・建物平面図（改修にあっては、改修前後の平面図）
 - ・設計見積書（工種別内訳書及び工種別明細書を含む。）
- ④ 診療の用に供する土地又は建物を借用する場合
 - ・賃貸借契約の内容が確認できる書類
- ⑤ 診療の用に供する医療機器等を購入又は賃借若しくはリースする場合
 - ・見積書（カタログを含む。）
 - ・賃貸借契約の内容が確認できる書類若しくはリース契約の内容が確認できる書類
 - ・医療機器など購入等一覧
- ⑥ 診療の用に供する建物を取得する場合
 - ・当該建物に係る不動産登記簿謄本の写し
- ⑦ 承継した場合
 - ・福島県知事に対する開設届の写し又は開設許可(届出)事項の変更届の写し及び東北厚生局に対する保険医療機関指定申請書又は保険医療機関届出事項変更（異動）届の写し
- ⑧ その他市長が必要と認める書類

※ 虚偽の記載があった場合には、申込等の取消しをさせていただくことがあります。