

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

(あて先)  
南魚沼市長

申請者  
住 所(所在地)  
氏 名(名 称)

南魚沼市医療施設後継補助金交付申請書

南魚沼市医療施設後継補助金の交付を受けたいので、南魚沼市医療施設後継補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

医療施設名称	
医療施設所在地	
後継者名	
後継前の医療施設名称	
後継前の管理者等名	
診療科	
後継日（※1）	年 月 日
保険診療開始日（※2）	年 月 日
交付申請額	金 円

※1 後継日は、開設等に関する書類の変更日を記入してください。

※2 保険診療開始日は、保険医療機関の届出に関する書類の変更日を記入してください。

添付書類

- (1) 既存医療施設を後継したことが確認できる医療施設の開設等に関する書類の写し及び保健医療機関の届出に関する書類の写し
- (2) 申請者（法人の場合は、法人の代表者、病院長又は診療所長）の医師免許証又は歯科医師免許証の写し
- (3) 医師会等に加入していること又は加入する見込みであることを証する書類の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類