第　　　号

令和５年４月１日

　徳 島 県 知 事　殿

　　　　　　　　　　　 　　　住　所

 　名　称

　　　　　　　 　　　　　　　代表者氏名

補 助 金 交 付 決 定 前 着 手 届

１　事業名　　令和５年度徳島県地域医療介護総合確保基金事業

（二次救急医療体制確保支援事業）

２　事業費　　金　　　　　　　　　　円

３　事業主体

４　着手年月日　　令和５年４月１日から令和６年３月３１日まで

５　交付決定前の着手を必要とする理由

　　二次救急医療体制確保支援事業等のため、上記期日に事業を開始する必要があるため。

６　条件

補助金の交付決定通知の額が交付申請の額に達しない場合においても異議はない。

７　担当者の氏名、連絡先（個人の場合は、連絡先のみ御記入ください。）

　　　　氏名　　　　　　　　　　　連絡先

**＜記載例＞**

○病第○○号

令和○年４月１日

※日付けは変更しないでください

　徳 島 県 知 事　殿

　　　　　　　　　　　 　　　住　所　徳島県○○市△△町□番◇号

 　名　称　医療法人○○会　○○病院

　　　　　　　 　　　　　　　代表者氏名　理事長　○○　○○

補 助 金 交 付 決 定 前 着 手 届

１　事業名　　令和○年度徳島県地域医療介護総合確保基金事業

（二次救急医療体制確保支援事業）

２　事業費　　金○○，○○○，○○○円　　※ 「総事業費」を記載

３　事業主体　　医療法人○○会　○○病院　　※ 正式名称を記載

４　着手年月日　　令和○年４月１日から令和△年３月３１日まで

５　交付決定前の着手を必要とする理由

　　二次救急医療体制確保支援事業等のため、上記期日に事業を開始する必要があるため。

６　条件

補助金の交付決定通知の額が交付申請の額に達しない場合においても異議はない。

７　担当者の氏名、連絡先（個人の場合は、連絡先のみ御記入ください。）

　　　　氏名　○○課　○○　○○　　　　　連絡先　011-222-3333