様式第１号

捨印

仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 対象医療機関 | 所在地 |
| 名称 |
| 申請者  (記入・押印) | 所在地  名　称  （法人経営の場合のみ） |
| 代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（あて先）

仙台市長

－

－

仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付要綱第５条の規定により、補助金の交付を申請します。

記

１　交付申請額

|  |
| --- |
| ￥ |

２　誓約事項（申請にあたっては全ての事項を確認し、同意のチェックが必要です）

|  |  |
| --- | --- |
| チェック  欄 | 私は、仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金の交付申請に関して、以下のとおり誓約します。 |
| □ | 当院（所）は、令和６年１０月１日時点で東北厚生局長から指定を受けている病院、診療所又は同日時点で管轄保健所長から開設許可を受けている助産所です。 |
| □ | 医療資器材等の物価高騰の影響を受けており、仙台市補助金等交付規則及び仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付要綱の内容に従うことについて同意します。 |
| □ | 仙台市補助金等交付規則施行要領第３条第２項の規定に基づき、代表者、役員又は使用人その他の従業員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第６号に規定する暴力団員との関係を有していないことを誓約します。 |
| □ | 虚偽その他不正の手段により補助金の交付の決定又は交付を受けたことが判明した場合は、仙台市医療機関物価高騰対策支援事業補助金交付要綱第１０条の規定による補助金の返還並びに、仙台市補助金等交付規則第１８条第１項の規定による加算金の支払に応じます。また、納期日までに補助金を返還しなかった場合は、その未納付額につき仙台市補助金等交付規則第１８条第２項の規定による遅延損害金を納付することに応じます。 |
| □ | 補助事業者であることを明らかにした帳簿等の証拠書類を整備し、かつ補助金の交付を受けた年度の翌年度から１０年間保存します。 |

３　連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | 電話番号  （日中連絡のつく番号） |  |