様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

十日町市長　様

住　　所：

氏　　名：

電話番号：

十日町市医学生研修受入促進支援事業補助金交付申請書

十日町市医学生研修受入促進支援事業補助金交付要綱に基づく補助金の交付を受けたいので、同要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　補助対象事業の内容（計画）

　　別紙のとおり

２　補助対象経費額及び補助金交付申請額

　　補助対象経費額　　　　　　　　　　円

　　補助金交付申請額　　　　　　　　　円（1,000円未満切り捨て）

３　補助対象事業完了予定日　　　　年　　　月　　　日

（添付書類）

　（１）別紙　事業計画書

　（２）その他市長が必要と認める書類\_