（様式1-5（産科医等支援事業費補助金））

**【交付申請書の所要額】＞【実績報告の所要額】**

**の場合のみ、提出**

（【交付申請書の所要額】≦【実績報告の所要額】の場合は、変更交付申請書の提出は必要ありません。）

番 　 号

**令和６**年**３**月**２９**日

【記載内容】

次頁「住所、補助事業者名の記入方法について」を参照してください

* 押印は不要です

　愛 知 県 知 事 殿

必ず３月２９日付けにしてください。

（住所）

補助事業者名

**令和５**年度産科医等支援事業費補助金の変更交付申請について

　このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　変更申請額　 　金（様式１－５－４の（H）欄と同額）円・・・Ⓐ

　　既交付決定額　 金（交付決定通知の額）円・・・Ⓑ

　　差引増減額　　 金（（変更申請額）－（既交付決定額））円

 Ⓐ Ⓑ

２　事業所要額調書、事業計画書

~~（１）産科医等確保支援事業（様式1－5－1）~~

交付率の関係で、差引増減額はプラスの場合もマイナスの場合もゼロとなる場合もあります。

プラスの場合、増減額は

　○○，○○○円と記載

マイナスの場合、増減額は

△○○，○○○円と記載

ゼロとなる場合、増減額は

０円と記載

~~（２）新生児医療担当医確保支援事業（様式1－5－2）~~

~~（３）産科医等育成支援事業（様式1－5－3）~~

（４）帝王切開術医師支援事業（様式1－5－4）

３　添付書類

（１）当該事業に係る歳入歳出予算書

（２）その他参考資料

**住所、補助事業者名の記入方法について**

申請全体を通して、すべて同様に御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記載内容 | 記載例 |
| 医療法人の場合 | ①代表者が理事長の場合・法人住所・法人名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２医療法人〇〇会理事長　□□　□□ |
| 医療法人でない場合（個人開設の病院、診療所、助産所） | ・施設住所・施設名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２△△病院院長　□□　□□ |

※全国組織等の本部より病院長へ、補助金に係る申請手続等を委任されている場合（委任状を御提出いただく場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 記載内容 | 記載例 |
| ・施設住所・法人名・施設名・代表者職氏名 | 〇〇市△町□□１－２〇〇機構　△△病院院長　□□　□□ |