

(様式第1号)

受付番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

石川県食材料費高騰対策支援事業費補助金交付申請書及び実績報告書

提出日: 年 月 日

石川県知事 殿

標記について、次により補助金を交付されるよう申請します。

申請額: 円

1. 申請者情報

法人名 (無い場合は記入不要)			
施設(医療機関等)名			
役職・代表者名			
施設(医療機関等)所在地	郵便番号		
	住所		
担当者 (所属・職氏名)		電話番号	
メールアドレス			

2. 交付要件・申請額

(1) 交付要件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・本施設は、令和6年4月1日時点において、石川県内に所在し、申請日時点において稼働し、事業継続予定である施設です。</li> <li>・本施設は国が開設者ではありません。</li> </ul>	左記に相違ない場合✓を記入
---	---------------

(2) 申請額

許可病床数	申請額

3. 誓約

- (1) 交付対象施設の要件を満たしています。
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3) 交付金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5) 県税の滞納はありません。
- (6) 虚偽が判明した場合は、交付金の返還に応じるとともに、交付金と同額の違約金の支払いに応じます。
- (7) 個人情報の取扱いに関して、交付金の給付手続きに必要な範囲で石川県と共有することに同意します。

<p>私は、石川県食材料費高騰対策支援事業費補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。          なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 _____</p> <p>施設(医療機関等)名 _____</p> <p>代表者職氏名 _____</p>	誓約する場合、以下に✓を記入
---	----------------

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

発行責任者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担当者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	