様式第２号（第10条関係）

仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付決定書兼交付額確定通知書

仙台市　　　指令第　号

　　　　　　　　　　様

年　　月　　日付けで申請のありました標記の補助金について、仙台市補助金等交付規則第6条及び同第13条、並びに仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり条件をつけて交付することを決定し、補助金額を確定したので通知します。

なお、決定の内容及び補助の条件に不服がある場合は、　　年　　月　　日までに申請を取り下げることができます。

年　　月　　日

仙台市長　　　　　　印

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　補助決定額 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ２　補助の条件 | １　仙台市補助金等交付規則及び仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付要綱、並びに補助金の交付の決定の内容と以下の条件に従い、善良なる管理者の注意をもって補助事業を行ってください。  ２　次に掲げる事項に該当するときは、交付の決定を取り消し、補助金の返還を請求します。この場合、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を納付しなければなりません。   * 1. 虚偽その他不正の手段により交付決定又は交付を受けたとき   2. 交付を受けた補助金を他用途に使用したとき   3. 交付決定の内容や付された条件等に違反したとき   ３　上記２において、納期日までに補助金を返還しなかった場合、その未納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しなければなりません。  ４　補助金に係る予算執行の適正を期するため必要がある場合は立入検査等を実施します。 |
| ３　その他 | 速やかに補助金交付請求書（仙台市所定様式）を提出してください。 |