様式第１号（第９条関係）

仙台市救急医療病院間連携推進事業補助金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

（あて先）仙台市長

申請者の所在地

申請者の名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

標記の補助金の交付を受けたいので、仙台市補助金等交付規則第3条第1項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第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、暴力団等との関係を有していないことを誓約するとともに、説明を求められた際には誠実に対応することを申し添えます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　補助事業の目的  及び内容 |  |
| ２　補助対象経費 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ３　補助金交付申請額 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ４　添付書類 | １　特定患者受入実績報告書（別添のとおり）  　２　補助対象経費内訳書  ３　その他市長が必要と認める書類 |
| ５　市税納付状況確認 | 私（法人の場合を含む）の仙台市税の納付状況（税目・税額・申告の有無等）を補助事業担当課が税務担当課に照会することに  **同意します** ・ **同意しません**  （該当するものを○で囲んでください。）  ※　同意されない場合には、市税の課税の有無にかかわらず、最寄りの区役所・総合支所税証明担当課において交付される「市税の滞納がないことの証明書」（申請日前30日以内に交付を受けたものに限ります。）を添付して申請してください（１通300円の手数料が必要です。）。  【「市税の滞納がないことの証明書」の交付にあたって】  市税を10日以内に納付した場合は、納付状況を確認できない場合があるため、「市税の滞納がないことの証明書」の交付を受ける際に、領収書や通帳等納付した事実がわかる書類をお持ちください（法人市民税・事業所税の場合は、申告書の控えもお持ちください。）。 |