様式第１号（第４条関係）

番号

　　　年　　月　　日

徳　島　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

法人にあっては、主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及び名称並びに代表者の職氏名

補 助 金 交 付 申 請 書

補助金の交付を受けたいので、徳島県補助金交付規則第３条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名

令和７年度徳島県地域医療介護総合確保基金事業（医師就労環境改善支援事業）

２　交付申請額

金　　　　　　　　　円

３　補助事業完了予定年月日

４　関係書類

・徳島県地域医療介護総合確保基金事業経費所要額調（様式第２号）

・令和７年度徳島県地域医療介護総合確保基金事業（医師就労環境改善支援事業）に係る歳入歳出予算書抄本

・その他必要書類

５　担当者の氏名、連絡先（個人の場合は、連絡先のみ御記入ください。）

　　氏名　　　　　　　　連絡先