

様式第 1 号

年度当初に申請する場合は、4 月 1 日にしてください。

令和 6 年 4 月 1 日

救急医療体制整備補助金交付申請書

(宛先) 高崎市長

住所 高崎市高松町 5 番地 2 8
 氏名 医療法人〇〇会 〇〇病院
 理事長 高崎 太郎

代表者印の押印は不要

下記のとおり補助金の交付を受けるため、高崎市救急医療体制整備補助金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

記

1 補助金申請額	4,266,000	円
(1) 地域医療連携強化促進事業	60,000	円
(2) 救急医確保等支援事業		円
(3) 病院群輪番制病院運営事業		円
(4) 救急患者受入促進事業	3,486,000	円
(5) 救急医療情報システム等運用支援事業	720,000	円
(6) ドクターカー運行支援事業		円
(7) 小児救急医療体制整備事業		円
(8) 脳卒中患者受入体制強化事業		円
(9) 心疾患患者受入強化事業		円
(10) 救急患者受入体制整備事業		円
申請のない事業には取消し線を引いてください。		
2 事業計画書及び所要額調書		
(1) 地域医療連携強化促進事業	(別紙 1-1、1-2)	
(2) 救急医確保等支援事業	(別紙 2-1、2-2)	
(3) 病院群輪番制病院運営事業	(別紙 3-1、3-2)	
(4) 救急患者受入促進事業	(別紙 4-1、4-2)	
(5) 救急医療情報システム等運用支援事業	(別紙 5-1、5-2)	
(6) ドクターカー運行支援事業	(別紙 6)	
(7) 小児救急医療体制整備事業	(別紙 7)	
(8) 脳卒中患者受入体制強化事業	(別紙 8-1、8-2)	
(9) 心疾患患者受入強化事業	(別紙 9)	
(10) 救急患者受入体制整備事業	(別紙 10-1、10-2)	
3 補助金を必要とする理由	(別紙 11)	

※申請内容に応じて、不要な文字は抹消してください。