第１号様式-３（第５条第２項第３号、第９条第１項第３号）

　　年　　月　　日

横浜市産科医師等人材確保支援補助金（緊急出務費）交付申請書兼実績報告書

　横　浜　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　緊急出務の実施にあたり、次の補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市産科医師等人材確保支援要綱を遵守します。

１　施設名

２　補助の名称

　　緊急出務費

３　交付申請金額

　　￥　　　　　　　　　　．－

４　添付書類

・ 実施状況報告書（別紙）

・ 緊急出務の内容を証する書類（当直日誌等）

・ 産科医師に手当を支払ったことを証する書類

担当者名　所属・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

FAX