

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付申請書

標題の補助金について交付を受けたいので、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

1 交付を受けようとする補助金の額及びその算出の基礎

- (1) 補助金の額 金 円
- (2) 算出の基礎

2 補助事業等の名称、目的及び内容

- (1) 名称
- (2) 目的
- (3) 内容

3 補助事業等の開始日及び完了予定日

令和 年 月 日～令和 年 月 日

4 添付書類

- (1) 事業計画書
- (2) 収支予算書

[様式第 2 号]

大阪市指令福祉第 号
令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金については、次のとおり交付することとしたので、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により通知します。

1 補助金の交付額 金 _____ 円

2 補助金の交付の条件

- (1) 補助事業等の内容、経費の配分又は執行計画の変更（大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 8 条第 2 項に規定する軽微な変更を除く。）をする場合には、市長の承認を受けるべきこと。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、市長の承認を受けるべきこと。
- (3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合には、速やかに市長に報告してその指示を受けるべきこと。
- (4) 市長が、補助金の適正な執行を期するため、補助事業者に対して報告を求め、又は本市職員に当該補助事業者の事務所、事務所等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に対して質問させる必要があると認めたときは、これに協力すべきこと。
- (5) その他、大阪市補助金等交付規則（平成 18 年大阪市規則第 7 号）及び大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱の規定を遵守すべきこと。

3 その他

本通知の決定内容（交付の条件を含む。）に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して 10 日以内に申請の取下げをすることができる。

〔様式第 3 号〕

大 福 祉 第
令和 年 月 号
日

様

大阪市長

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金不交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金については、次の理由により交付しないこととしたので、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 5 条第 2 項の規定により通知します。

(交付しない理由)

〔様式第 4 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付申請取下書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて通知のあった大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金の交付決定について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 6 条の規定により申請を取り下げます。

1 補助金交付決定通知書を受け取った日 令和 年 月 日

2 取下げの理由

〔様式第 5 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金変更承認申請書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて補助金の交付の決定を受けた
補助事業等について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 8 条の
規定により、次のとおり変更の承認を申請します。

(変更する内容及びその理由)

〔様式第 6 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金中止・廃止承認申請書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて補助金の交付決定を受けた補助事業等について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 8 条の規定により、次のとおり中止・廃止の承認を申請します。

(中止・廃止の理由 (中止の場合は、その期間))

〔様式第 7 号〕

大阪市指令福祉第 号
令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金事情変更による交付決定取消・変更通知
書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて交付決定した大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 9 条の規定により、次のとおり取消・変更したので通知します。

1 取消し・変更の内容

2 取消し・変更の理由

〔様式第 8 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金実績報告書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて補助金の交付決定を受けた補助事業等について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 12 条の規定により、次のとおり実績を報告します。

- 1 補助事業等の名称
- 2 補助金の予定金額 金 円
- 3 その他必要事項
 - (1) 補助金の交付決定額とその精算額
 - (2) 補助事業の実績
- 4 添付書類
 - (1) 収支決算書
 - (2) 経費の支出を確認できる領収書の写し等

[様式第9号]

大福祉第 号
令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金額確定通知書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて交付決定した大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金については、次のとおり補助金額を確定したので、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第13条の規定により通知します。

確定金額 金 _____ 円

[様式第 10 号]

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所

(法人その他の団体にあつては
主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては
その名称、代表者の氏名印)

印

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金精算書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて補助金の交付決定を受けた補助事業等について、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 14 条の規定により、次のとおり精算内容を提出します。

1 精算内容	受領額	金	円
	支出額	金	円
	差引剰余（又は不足）額	金	円

2 添付書類

(1) 収支決算書

(2) 経費の支出を確認できる領収書の写し等

〔様式第 11 号〕

大阪市指令福祉第 号
令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付決定取消書

令和 年 月 日付け大指令福祉第 号にて交付決定した大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金については、次のとおり交付決定を取り消したので、大阪社会医療センター無料低額診療等事業補助金交付要綱第 15 条の規定により通知します。

1 取消しの内容

2 取消しの理由