

長岡市感染症拡大防止対策支援補助金（Ⅱ型）交付申請書

令和2年10月〇日

長岡市長様

申請者所在地 〒940-0084
長岡市幸町2丁目1番1号
名称 さいわいプラザ医院
代表者 院長 長岡 健康 (印)
(役職・氏名)
電話番号 0258-39-7508

長岡市感染症拡大防止対策支援補助金の交付を受けたいので、長岡市補助金等交付規則第3条の規定により、次のとおり申請します。

記

1 事業の内容

事業目的	新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防ぐため、感染拡大防止に必要な対策を講じる。
事業期間	令和2年4月1日～令和2年12月31日
補助金申請額	金100,000円
申請額算出内訳	手指消毒液 3,000円×20本×1.1=66,000円 サージカルマスク 2,000円×10箱×1.1=22,000円 空気清浄機 50,000円×1台×1.1=55,000円 合計 143,000円

上限額:病院 20万円、診療所・薬局 10万円
上限額未满是対象経費の合計(千円未満切り捨て)

最初の支払予定日～最後の支払予定日です。

申請する経費を全て記入
金額は概算でも可

2 長岡市感染症拡大防止対策支援補助金交付申請のための誓約

- (1) 「長岡市感染症拡大防止対策支援補助金Ⅱ型申請方法について」に定める対象要件をすべて満たしています。
- (2) 申請を行った対象経費について、事実と相違ありません。また国や県、他自治体等が行う支援制度に申請した(または今後申請予定の)経費は対象に含んでいません。
- (3) 長岡市から検査・報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、補助金を返還します。

上記について誓約します。(□にレ点を記入してください。)

忘れずに記入をお願いします。