様式第１号（第７条関係）

　　年　　月　　日

 (公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　田名　毅　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成申請書

健康課題解決型支援事業として、下記のとおり事業を行いたいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第７条の規定に基づき申請します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金申請額　　　　　　　金　　　　　　　　円

３　連携先（事業実施するにあたっての連携先）

連携事業者

　担当部署　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　電話番号　　　　　　　　　　　　　e-mail

４　助成金申請にあたり、当年度助成事業の以下の書類の内容を理解し、遵守することを約束します。（精読した書類へは、□に✓を記入してくだい。）

□助成規則　　□助成要綱　　□応募要領　　□事務マニュアル

署　名　　申請担当者の氏名　　　　　　　　　印