様式第１号

　　年　　月　　日

　公益財団法人やまがた産業支援機構

理事長　平　山　雅　之　殿

（補助事業者）

住所又は所在地

氏名又は名称及び

代表者役職・氏名

電話番号

令和７年度山形県ヘルスケア（医療）関連機器等開発促進事業費補助金

交付申請書

　令和７年度山形県ヘルスケア（医療）関連機器等開発促進事業費補助金の交付を受けたいので、同補助金交付要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　事業名称

２　補助金額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助事業に要する経費 | 補助対象経費 | 補助金額 |
| 円 | 円 | 千円 |

（補助金額は、千円未満切り捨て）

３　添付書類

　　・事業計画書（様式第２号）

　　・収支予算書（様式第３号）