**みやぎヘルスサテライトステーション事業費補助金**

**交付申請チェックリスト**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **認証（予定）施設名** | **担当者名** | **連絡先** |
|  |  | **電話：****電子メール：** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **項　目** | **確認** |
| １ | 事前に健康推進課へ連絡していますか。※スケジュールや事業が補助の対象か等の確認を行います。022-211-2624 または kensui-k2@pref.miyagi.lg.jp まで御連絡ください。 |[ ]
| ２ | 1施設当たり1回の申請となっていますか。 |[ ]
| ３ | 補助金申請する事業はこれから実施予定のものですか。※既に実施済みの事業は補助対象となりません。 |[ ]
| ４ | 申請する経費は主としてヘルサテ事業の実施に使用するものですか。 |[ ]
| ５ | 申請内容に当補助金補助対象外の事業費が含まれていませんか。　※補助対象となる事業費については、募集要項を御確認ください。 |[ ]
| ６ | 補助金申請額は交付下限額を超えていますか。 |[ ]
| ７ | 補助金申請額は交付上限額を超えていませんか。 |[ ]
| ８ | 関係書類を添付していますか。 |
|  | 　申請書（別記様式１）、補助所要見込額調書（別紙（１））、事業計画書（別紙（２））、支出予定額内訳書（別紙（３）） |[ ]
|  | 　補助事業に係る収支予算額（見込）（任意様式） |[ ]
|  | 　積算の根拠資料（見積書等） |[ ]
|  | 　その他参考となる資料（実施予定の事業の概要、購入予定の機器の概要等） |[ ]

※本紙は「みやぎヘルスサテライトステーション事業費補助金」交付申請書提出時に提出してください。