様式第１号

令和　年度埼玉県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援事業補助金交付申請書

年　　　月　　　日

　（宛先）

　　埼玉県知事

　埼玉県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | （ふりがな） |  |
| 申請者名称 |  | 管理者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  | 医療機関コード |  |
| 所在地 | 〒 |
| 勤務する小児慢性特定疾病指定医 | 指定医番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　名 |  |
| 補助経費の使用目的・内容 | □ ブラウザでの直接入力（インターネット接続）用の端末購入費等□ 業務システムの改修費（システムの維持管理に係る経費を除く。） |
| 補助金申請額 | 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | □　事業計画書（様式第１号　別紙）□　見積書の写し□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 誓　約　事　項 | □　補助金の交付の申請をするに当たって、また、補助事業の実施期間内及び完了後においては、埼玉県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援事業補助金交付要綱第５条に規定する補助対象外の者に該当しないことを誓約します。この誓約が虚偽又はこの誓約に反したことにより不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。 |

 注）カタログ等がある場合は添付すること

 注）業務システム改修の場合は仕様書を添付すること

様式第１号　別紙

事 業 計 画 書

１　補助事業の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品名等 | 数　量 | 単　価 | 金　額 |
|  |  |  |  |

２　事業予定日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業着手予定日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業完了予定日 | 年　　　　月　　　　日 |

支 出 予 算 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　目 | 予算額 | 内　訳 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |