

(第1号様式)

令和 年 月 日

(宛先) 川崎市長

(申請者)

所在地

医療機関名 (法人の場合は法人名)

代表者職・氏名

印

医療機関オンライン化支援事業補助金交付申請書

医療機関オンライン化支援事業補助金について、次のとおり申請します。

1 補助金交付対象医療機関

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

2 事業計画 (臨床調査個人票の電子化等の環境整備にあたり要する対象経費の内容)

ア 院内システムの改修費

イ ブラウザでの直接入力 (インターネット接続) 用のPCの購入費等

ウ その他 _____

※いずれかに○印を付けてください。

3 補助金交付申請額 _____ 円

※補助金交付申請額は、1医療機関あたり対象経費に要した実費用の2分の1以下とする。ただし、50,000円を限度とする。

4 添付資料

見積書等対象経費に要する費用の金額根拠資料

5 申請事務担当者

事務担当者氏名 _____

連絡先電話番号 _____