

(第6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実績報告書

令和 年 月 日付け川崎市指令 第 号により交付決定を受けた医療機関オンライン化支援事業補助金について、対象経費が次のとおりとなりましたので領収書(写し)等を添えて報告いたします。

1 医療機関情報

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

2 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 対象経費に要した実費用の金額 _____ 円

※領収書等は当該補助金の対象であることがわかるものを添付すること。

4 申請事務担当者

事務担当者氏名 _____

連絡先電話番号 _____