別記第１号様式（第４条関係）

　番　　　号

元号　年　月　日

熊本県知事　　　　　様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

指定

元号　年度熊本県小児慢性特定疾病医療機関オンライン化支援

事業補助金の交付申請について

元号　年度において、熊本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を受けたいので、熊本県補助金等交付規則第３条及び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項第４条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

補助金交付申請額　　　　金　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務する小児慢性特定疾病指定医 | 指定医番号 | 氏名 |
|  |  |

（添付書類）

１　補助金所要額調書（別記第２号様式）

２　対象経費支出予定額明細書（別記第３号様式）

３　収支予算書（別記第４号様式）

４　見積書の写し

５　その他参考となる資料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当 | 所管部署名 | 担当者氏名 | 電話番号 |
|  |  |  |
| メールアドレス |  |