

交付申請書記載例

年 月 日

神奈川県知事 殿

※ 申請にあたっては、別紙「手続きの流れ」及び「交付申請にあたっての留意事項」を必ずご確認ください。

- ・押印は不要
- ・医療機関名称は正式名称をご記載ください。
- ・代表者氏名は、法人の場合、理事長名をご記載ください。



申請者 所在地 〒○○○-○○○ ○○市○○町○○  
医療機関名称 医療法人社団○○会 ○○クリニック  
医療機関コード（10桁） 0123456789  
代表者氏名 理事長 ○○ ○○

○○年度神奈川県臨床調査個人票電子化推進事業補助金交付申請書

○○年度神奈川県臨床調査個人票電子化推進事業について、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 補助事業の目的及び内容

臨床調査個人票等を指定難病患者データベースにオンライン登録するため、○○を購入/院内システムを改修し、院内環境を整備する。

2 補助事業の着手及び完了の予定期日

○年○月○日着手予定、○年○月○日完了予定

3 交付申請額（最大50,000円）

50,000円

所要額調書（第1号様式別紙1）で算出した申請額（G）をご記載ください。

- ・事業着手は交付決定通知書が届いた後にしていただきます。交付決定通知書が届く前に事業着手した場合は補助対象外となります。
- ・着手予定日は余裕を持って設定してください。交付申請書をご提出いただいてから交付決定通知書をお送りするまで、1カ月程度かかりますので、この点考慮して着手予定日を設定してください。
- ・事業の完了日とは、事業が終了し、かつ事業に係る全ての支払いが完了した日となりますので、この点考慮して完了予定日を設定してください。

4 添付資料

- (1) 神奈川県臨床調査個人票電子化推進事業補助金所要額調書（第1号様式別紙1）
- (2) 神奈川県臨床調査個人票電子化推進事業補助金支出予定額内訳書（第1号様式別紙2）
- (3) 見積書
- (4) パソコン端末及びプリンタの仕様書（パンフレット又はカタログ等でも可）もしくはネットワーク環境整備や医療機関内のシステム改修についての説明資料
- (5) 役員等氏名一覧表（第5号様式）
- (6) その他事業の参考となる資料

| 勤務する難病指定医等 | 指定医番号 |   |   |   |   |   |   |   |   | 氏名     |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
|            | ○     | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | × | × |        |
|            |       |   |   |   |   |   |   |   |   | 神奈川 太郎 |

- ※ 申請日において指定有効期間が有効な者に限る
- ※ 所属する難病指定医等が複数いる場合は1名のみ記載すること

暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて異議ありません。

問合せ先  
○○部○○課 ○○  
電話 ○○○-○○○-○○○○  
メールアドレス ○○○@○○○○