

年 月 日

神奈川県知事 殿

- ・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。



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実績報告書

年 月 日付けで交付決定を受けた○○年度神奈川県臨床調査個人票電子化推進事業補助金に係る補助事業実績を、次のとおり報告します。

1 事業実績

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できるよう、○○を購入/院内システムを改修し、院内環境を整備した。

2 補助事業の着手日及び完了日

○年○月○日着手、○年○月○日完了

3 補助金精算額（最大50,000円）

50,000円

補助金精算書（第3号様式別紙1）で算出した申請額（G）をご記載ください。

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精算書（第3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額内訳書（第3号様式別紙2）
- （3）補助金申請に係る支出がわかる領収書等（写し）
- （4）口座振替申出書
- （5）その他参考となる資料

- ・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ので、着手日は交付決定通知書の発行日より後となります。万が一、事業着手日が交付決定通知書の発行日より前となっている場合は、補助対象外となります。
- ・事業完了日とは、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。令和9年3月31日までに支払いが完了しない経費は、補助対象外となります。

問合せ先

○○部○○課 ○○

電話 ○○○-○○○-○○○○

メールアドレス ○○○@○○○○