（第５号様式）

　　年　　月　　日

（あて先）京都市長

医療機関名

医療機関コード（７桁）

医療機関所在地

電話番号

代表者氏名

事務担当者名

医療機関オンライン化支援事業補助金交付変更申請書

　年　月　日付け京都市指令保障第　号により交付決定通知のあった医療機関オンライン化支援事業補助金の内容について、次のとおり変更したいので承認願います。

（変更内容）

|  |
| --- |
| 変更前 |
|  |
| 変更後 |
|  |
| 変更理由 |
|  |