（第１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申請書

医療機関オンライン化支援事業補助金について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業計画（臨床調査個人票の電子化等の環境整備の内容） | |
| 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。 | |
| ２　補助金対象経費 | 円 |
| ３　補助金交付申請額 | 円  ※　補助金交付申請額は、１医療機関当たり、対象経費に要した実費費用の２分の１以下（５０，０００円を上限） |

＜添付資料＞

　⑴　申請額の根拠資料（見積書及び見積明細書の写し）

　⑵　購入物のパンフレット等

　⑶　所要額調書（第１号様式－２）