

東京都知事 殿

申請にあたっては、別添の留意事項を必ずご一読ください。

医療機関名称は、正式名称  
を記載してください。  
代表者氏名は、法人の場合、  
理事長名をご記入ください。

所在地 〒111-111

東京都新宿区西新宿〇-〇-〇

医療機関名称 医療法人社団〇〇会 東京クリニック

医療機関コード（7桁）1234567

代表者氏名 理事長 東京 太郎

令和6年度東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金交付申請書

標記について、次のとおり都補助金を交付されるよう関係書類を添えて  
申請します。

別記第1号別紙1で計算した、実際  
に申請する金額をご記入ください。

申請額 金 50,000 円（最大50,000円）

| 勤務する難病<br>指定医<br>等 | 指定医番号               |       |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |
|--------------------|---------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
|                    | ○ ○ ○ △ △ △ △ × × × | 東京 花子 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |

※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

（添付書類）

- 東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金所要額調書  
（別紙1）
- 東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金内訳書  
（別紙2）
- その他参考となる資料

必ず、下記の担当者欄をご記入ください。

| 担<br>当 | 所管部署名   | 電話番号         | 担当者氏名 |
|--------|---------|--------------|-------|
|        | 総務課     | 03-1234-xxxx | 新宿 次郎 |
|        | メールアドレス | 〇〇〇@△△.ne.jp |       |