別記第１号様式

　年　　月　　日

　東 京 都 知 事 　殿

所在地　〒

医療機関名称

医療機関コード（７桁）

代表者氏名

者名：

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。

申　請　額 金 円（最大50,000円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務する難病指定医等 | 指定医番号 | 氏名 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

※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）

１　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）

２　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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当 | 所管部署名 | 電話番号 | 担当者氏名 |
|  |  |  |
| メールアドレス |  |

３　その他参考となる資料