年　　　月　　　日

福山市長　　様

医療機関所在地：

医療機関名：

代表者職・名前：

**所要額調査回答書**

小児慢性特定疾病医療意見書のオンライン化に係る所要額調査について，次のとおり回答します。

当医療機関は，小児慢性特定疾病医療意見書のオンライン化に係る費用について，補助金の交付を

**□希望します**

**⇒　所要額　　　　　円**

**※可能な限り見積書を添付してください。**

**□希望しません（費用が発生しない場合を含む。）**

※提出については，次の提出先のメールアドレス宛に，当回答書と見積書を添付し，送付してください。なお，期限までに回答がない場合は，希望なしとして取り扱います。

提出先：hoken-yobou@city.fukuyama.hiroshima.jp

【提出先】

〒７２０－８５１２

福山市三吉町南二丁目１１番２２号

福山市保健福祉局保健部保健予防課