様式第１号（第４条関係）

 　　　　 年　月　日

福 山 市 長　様

住　　　所

指定医療機関名

代表者氏名

　　　　年度福山市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療機関システム改修等事業補助金交付申請書

 このことについて、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

１　申請額 　　　　金 　　　　　　　　　　　円

２　経費所要額調書（別紙（１）のとおり）

３　事業実施計画書（別紙（２）のとおり）

４　添付書類

（１）見積書の写し等

（２）その他参考となる資料