

千葉県知事 様

申請書 所 在 地
名 称
医療機関名
代表者職氏名

千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金
交付申請書

千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に当たり、同交付要綱第8条の規定（交付の条件）に同意するとともに、千葉県補助金等交付規則（昭和32年千葉県規則第53号）及び同交付要綱の定めに従います。

記

1 申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業実施計画書（別紙1）
- (2) 経費所要額調書（別紙2）
- (3) 事業計画書の根拠が確認できる書類（カタログ、見積書、契約書の写し等）
- (4) 役員等名簿（別紙3）
- (5) 誓約書（別紙4）

【申請者の連絡先】

TEL :	FAX :
電子メールアドレス :	
部署名・役職名	担当者名

※ 申請者が法人の場合は、所在地に法人所在地、名称に法人名を記入のこと。

申請者が個人事業主の場合は、名称に個人事業主名を記入し、代表者職氏名は記入不要