

# 申請書記載例

(申請書の控えを必ず保管してください。)

黄色部分は申請者がもれなく記載してください。

様式第1号(規則第5条関係)

令和5年〇月〇〇日

鳥取県知事 平井 伸治 様

住所 〒  
申請者 法人名又は医療機関名  
代表者名

- 医療機関の経営主体により、次の記載例を参考にして記載してください。
- ただし、全国レベルの法人等で、本県に対する各種補助申請を病院長名で行っている場合は、それによってください。
- 押印を省略し、記名のみでも申請できます。

## 《法人経営の場合》

住所 〒680-8570 鳥取市東町1-220  
医療機関名 医療法人 久松医療会  
代表者名 理事長 鳥取 太郎

## 《個人経営の場合》

住所 〒680-8570 鳥取市東町1-220  
医療機関名 久松東町内科クリニック  
代表者名 院長 鳥取 太郎

令和5年度鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書  
オンライン登録のための医療機関環境整備事業補助金交付申請書

鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン登録のための医療機関環境整備事業補助金の交付を受けたいので、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

補助事業等の名称	令和5年度鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書 オンライン登録のための医療機関環境整備事業補助金
算定基準額(見込み)	173,500円 算定基準額と様式2の1収入計、 2支出計の3か所は一致すること
交付申請額	50,000円 交付申請額と様式2の1収入の本 補助金の2か所は一致すること
添付書類	1 事業計画書 2 収支予算書(又はそれに準ずる書類)

(注) 算定基準額が確定している場合は「算定基準額」欄の「(見込み)」を削除すること。

鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン  
登録のための医療機関環境整備事業実施計画書

区 分	内 容	
1. 医療機関	医療機関名	久松東町内科クリニック
	医療機関の住所	〒680-8570 鳥取市東町1-220
	医療機関の代表者	院長 鳥取 太郎
	医療機関コード	1411234
	指定医の氏名 ※ 複数の場合は氏名を1名のみ記載し、他○名とすること。	難病指定医 鳥取 太郎
	小児慢性指定医 鳥取 花子	
2. 補助事業の具体的な内容	<p>パソコンの購入</p> <p>※ 見積書・カタログ等を添付すること。 → 内容の分かるものを必ず添付してください。</p>	
4. 他の補助金等の活用	<p>あり</p> <p>↓</p> <p>なし</p> <p>※ 「あり」の場合にはその助成額が分かる書類を添付すること。</p>	

【担当者】

所属・職名	久松東町内科クリニック 事務担当
氏 名	東町 梅子
電話番号	0857-55-1234
メールアドレス	Kyushoclinic@gmail.com

様式第2号（第4条、第7条関係）

鳥取県指定難病及び小児慢性特定疾病の診断書オンライン  
登録のための医療機関環境整備事業収支予算書

様式第1号の交付申請額と一致すること

1 収入

単位：円

区 分	予算額 (A)	決算額 (B)	差引額 (B)－(A)	内訳明細
本補助金	50,000			
自己資金	123,500			
うちその他助成金				
うち寄附金				
計	㉠ 173,500			

2 支出

区 分	予算額 (A)	決算額 (B)	差引額 (B)－(A)	内訳明細
備品費	173,500			
計	㉡ 173,500			

(注) 1 申請時は、予算額(A)のみを記載すること。

2 支出の区分は、法人又は医療機関の支出科目とすること。

3 収入の計と支出の計は一致すること。 → ㉠と㉡、様式第1号の算定基準額は一致