様式第１号（第６条関係）

　年　　月　　日

喜多方市長　様

（申請者）

 　　　　　　　　　　　　　所在地

 　　　　　　　　　　　　　名　 称

 　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　印

 　　　　　　　　　　　　　事務担当者名

 　　　　　　　　　　　　　電話番号

喜多方市医療機関等オンライン診療用情報通信機器購入補助金交付申請兼実績報告書

喜多方市医療機関等オンライン診療用情報通信機器購入補助金の交付を受けたいので、喜多方市医療機関等オンライン診療用情報通信機器購入補助金交付要綱第６条の規定に基づき、関係書類を添えて下記とおり申請します。

記

１　補助金の額　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　補助金の目的　　オンライン診療・服薬指導に使用する情報通信機器等の整備のため

３　補助金の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象経費 | 円（消費税を含む） |
| 補助金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　円※購入価格合計額の２分の１以内（千円未満切）、上限40,000円 |
| 事業の完了日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日※補助対象経費に係る支払完了日を記入してください。 |

４　添付書類

(1) 領収書及び領収書内訳が確認できる書類の写し

(2) 購入したものが確認できる写真

(3) その他市長が必要と認める書類