様式第１号

　　年　　月　　日

尼崎市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　（法人にあっては名称及び代表者）

　　　尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付申請書

　　　年度 尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金について、尼崎市小児慢性特定疾病指定医療機関における公費負担医療及び地方公共団体の医療費助成事業に係る資格確認のオンライン化事業補助金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　補助金の交付申請額　　　（　　　　　　　　　　円 ）

２　補助対象期間

３　医療機関概要

(1) 医療機関名

(2) 医療機関所在地

(3) 医療機関コード

(4) 連絡先

４　添付書類(写しでも可)

(1) 見積書

(2) 医療機関内のシステム改修についての説明資料

(3) 事業実施に関する参考書類

　５　誓約事項（□に✔を記入）

　　　□　小児慢性特定疾病対策国庫補助金交付要綱（厚生労働省発健０５３０第５号）に基づく今回申請する補助金と同様の他の補助金及びデジタル庁が実施する訪問診療等・オンライン診療等におけるオンライン資格確認等の導入に係る助成金（マイナンバーカードの診察券利用にかかる改修を除く）との重複申請ができないことを確認したうえ申請します。