別記様式第１号

　　年　　月　　日

広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は，主たる事務所所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は，法人名及び代表者職氏名）

担当者名

電話番号

メールアドレス

　　オンライン診療活用検討事業補助金交付申請書

　このことについて，次により補助金の交付を受けたいので，関係資料を添えて申請します。

１　医療機関又は薬局の名称及び所在地

　　　施設名称

　　　施設所在地

２　交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　補助金所要額調書（別紙１）

４　事業実施計画書（別紙２）

別紙１

補助金所要額調書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関又は薬局名 |  |

　１．オンライン診療等を実施するために使用する機器の購入経費

|  |  |
| --- | --- |
| 機器名等 | 支出予定金額 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| a\_支出予定金額計 | 円 |

２．オンライン診療等を実施するために導入するシステムの購入経費

|  |  |
| --- | --- |
| 初期費用等 | 支出予定金額 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| b\_支出予定金額計 | 円 |

３．補助金申請額

|  |  |
| --- | --- |
| c\_合計支出予定金額（a＋b） | 円 |
| d\_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入 | 円 |
| e\_合計支出予定金額－収入予定額（c－d） | 円 |
| 補助金交付申請額（補助基準額とeのいずれか少ない額）（千円未満切捨） | 円 |