様式第１号

年月日

　豊中市長　様

医療機関名

代表者氏名

交付申込書

　令和　年度豊中市小児慢性特定疾病医療意見書オンライン化支援事業補助金について交付されたく、関係書類を添えて申し込みする。

１　対象医療機関

名称

　　　　所在地

２　市補助金申込額　　　　　　金　　　　　　　　　　円

３　添付書類

（１）　所要見込額調書

（２）　対象経費の内容、金額を示す書類（カタログ、見積書等）