

東京都知事 殿

申請にあたっては、別添の留意事項を必ずご一読ください。

医療機関名称は、正式名称
を記載してください。
代表者氏名は、法人の場合、
理事長名をご記入ください。

所在地 〒111-111

東京都新宿区西新宿〇-〇-〇

医療機関名称 医療法人社団〇〇会 東京クリニック

医療機関コード（7桁）1234567

代表者氏名 理事長 東京 太郎

令和5年度東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金交付申請書

標記について、次のとおり都補助金を交付されるよう関係書類を添えて
申請します。

別記第1号別紙1で計算した、実際
に申請する金額をご記入ください。

申請額 金 50,000 円（最大50,000円）

勤務する難病指定医等	指定医番号									氏名	
	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	東京

※申請日において指定有効期間が有効な者に限る

※所属する難病指定医等が複数いる場合は1名のみ記載すること

（添付書類）

- 東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金所要額調書
（別紙1）
- 東京都臨床調査個人票電子化等推進事業補助金内訳書
（別紙2）
- その他参考となる資料

必ず、下記の担当者欄をご記入ください。

担 当	所管部署名	電話番号	担当者氏名
	総務課	03-1234-xxxx	新宿 次郎
	メールアドレス	〇〇〇@△△.ne.jp	