（別紙４）

三重県臨床調査個人票及び医療意見書電子化推進事業費補助金　事業計画書（変更後）

１　申請者の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＊指定を受けている難病指定医又は協力難病指定医 |  |
| ＊指定を受けている小児慢性特定疾病指定医 |  |
| 開設者（法人の場合は法人の名称及び所在地） | 氏名又は名称 |  |
| 住所 | 〒 |
| 補助事業担当者 | 職氏名 |  |
| メールアドレス |  |

＊指定医が複数名在籍している場合は、代表者１名を各欄にご記載ください。

２　事業内容

　　（例：診断書のオンライン登録に対応するためのパソコン購入、

次期難病・小慢データベースにアクセスするための院内システム改修等）

３　（変更がない場合は記載不要）事業の実施予定期間

　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

４　所要額調書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費の実支出額（A） | 円　 | 総事業費（D） | 円　 |
| 基準額（B） | 100,000円 | 寄附金その他の収入額（E） | 円　 |
| （A）と（B）を比較して少ない方の額（C） | 円　 | （D）-（E） | 円　 |
| （C）と（D）-（E）を比較して少ない方の額（F） | 円　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 補助率（G） | １／２ | 補助金額（千円未満切捨）（F）×（G） | 円　 |