様式第１号－２

熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業実施計画（報告）書

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 内　　　　　　　　容 |
| １.医療機関 | 医療機関名 |  |
| 医療機関の住所 |  |
| 医療機関の代表者 |  |
| 医療機関コード |  |
| 指定医の氏名※　複数の場合は氏名を1名のみ記載し、他○名とすること。 | 難病指定医 |  |
| 小児慢性指定医 |  |
| ２．補助事業の具体的な内容 | （計画）※　見積書・カタログ等を添付すること。（報告）※　領収書・納品書・写真等を添付すること。 |
| ３．他の補助金等の活用 | 　あり　　　　・　　　　なし※　「あり」の場合にはその助成額が分かる書類を添付すること。 |

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・職名 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

様式第１号－２

記入例

熊本市指定難病等診断書オンライン化支援事業実施計画（報告）書

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 内　　　　　　　　容 |
| １.医療機関 | 医療機関名 | ○○クリニック |
| 医療機関の住所 | 熊本市中央区手取本町１－１ |
| 医療機関の代表者 | 熊本　太郎 |
| 医療機関コード | ４３１○○○○○○○ |
| 指定医の氏名※　複数の場合は氏名を1名のみ記載し、他○名とすること。 | 難病指定医 | 熊本　太郎　他２名 |
| 小児慢性指定医 |  |
| ２．補助事業の具体的な内容 | 　令和５年〇月〇日　　パソコン端末購入　　　令和５年〇月〇日　　診断書オンライン登録開始（計画）※　見積書・カタログ等を添付すること。（報告）※　領収書・納品書・写真等を添付すること。 |
| ３．他の補助金等の活用 | 　あり　　　　・　　　　なし※　「あり」の場合にはその助成額が分かる書類を添付すること。 |

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・職名 | ○○・△△ |
| 氏　　　名 | 熊本　花子 |
| 電話番号 | ０９６―１１１－１１１１ |
| メールアドレス | △△.vvv.vvv |