

神奈川県知事 殿

(郵便番号)	
(補助事業者住所)	
(補助事業者名)	
※ (医療機関等名称)	
(医療機関コード (7桁))	
(医療機関等所在地)	

※複数施設ある場合は裏面に列挙してください。

神奈川県医療提供体制推進事業費補助金（電子処方箋の活用・普及の促進事業）交付申請書兼実績報告書

神奈川県医療提供体制推進事業（電子処方箋の活用・普及の促進事業）について、関係書類を添えて申請いたします。

また、同事業に係る補助事業を実施したので、あわせて報告します。

1 補助金申請額 金 [] 円

2 添付書類

- (1) 社会保険診療報酬支払基金から発行された電子処方箋管理サービスの導入に係る補助金等交付決定通知書の写し
- (2) 電子処方箋管理サービスの導入に係る領収書の写し
- (3) 電子処方箋管理サービスの導入に係る領収書内訳書の写し
- (4) 経費所要額調書（第1号様式別紙1）
- (5) 役員等氏名一覧表（第1号様式別紙2）
- (6) 県が指定する電子処方箋に関する周知広報ポスターを対象施設に掲示したことが分かる資料
※ポスターの掲示場所及び掲示状況がわかる写真など
- (7) その他必要な書類

3 振込先口座情報

金融機関名		金融機関コード (4桁)	
支店名		支店コード (3桁)	
預金種別		口座番号 (7桁)	
口座名義人 (カタカナ)			

(注)参考資料として当該口座の通帳の写し（金融機関・支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が記載されている部分）を添付すること

<本件担当者>

部署 : []
 職 : []
 氏名 : []
 連絡先 : []

医療機関等名称	医療機関コード (7桁)	医療機関等所在地