

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

佐渡市長 様

申請者 住所
団体名
氏名

印

年度 佐渡地域医療連携ネットワークシステム利用料補助金交付申請書兼実績報告書

佐渡市佐渡地域医療連携ネットワークシステム利用料補助金交付要綱第 5 条の規定により、補助金の交付申請及び実績報告をします。

補助事業の名称		
利用開始日	年 月 日	
利用実績	利用月	支払額
	月	円
	月	円
	月	円
	月	円
	月	円
補助金交付申請額	円	
添付書類		