別記第１号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　東京都知事 殿

 　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

印

 　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

 　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

年度東京都発達障害専門医療機関初診待機解消事業補助金の

交付申請について

　東京都発達障害専門医療機関初診待機解消事業補助金交付要綱に基づき、下記の書類を添えて申請します。

記

１　医療機関名及び医療機関の所在地

２　補助金交付申請額　　金　　　　　　　円

３　事業計画書　　　　　別紙１のとおり

４　補助金所要額調書　　　別紙２のとおり