別記第２号様式

請　　　　求　　　　書

金　　　　　　　　　　　　　　　　円

上記のとおり、　　　　　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を

請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年 月　　日

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

印

代表者名

　東京都知事　　殿