|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご提出日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

公益財団法人川野小児医学奨学財団

理事長　川野　幸夫　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： |  |
| 施設長名： |  | （公印） |

小児医療施設支援に関する助成金交付申請書

下記のとおり、小児医療施設支援に関する助成金交付に申請いたします。

記

1. **申請担当者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |

1. **申請理由**
2. **申請額**（上限15万円迄）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 円 |

**《内訳》**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品名および数量 | 金　額 | 備　考 |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
|  |  | 円 |  |
| 合計金額 |  | 円 |  |

以上