

令和 年 月 日

宮崎県福祉保健部障がい福祉課長 殿

法人所在地

法人名

代表者名

印

令和2年度重症心身障がい児（者）医療体制構築事業施設・設備  
整備費補助金に係る所要額調書等提出書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて提出します。

記

- (1) 所要額調書（別紙1）
- (2) 実施計画書（別紙2）
- (3) その他 ← ※参考となる資料があれば提出してください。

担当者 所属  
職名・氏名  
電話番号  
FAX 番号  
Email