

第 号
年 月 日

長崎県知事 様

申請者 住 所
法 人 名
事業所名
代表者名

年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金
(長崎県外国人介護人材受入支援事業) 変更交付申請書

年 月 日付長崎県指令 第 号をもって交付の決定を受けた標
記補助金について、下記のとおり補助の変更交付(追加・減額)を受けたいの
で、次の関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金変更交付(追加・減額)申請額
金 円
- 2 変更を受けようとする理由
- 3 経費所要額調書(変更)(別紙1-1-2)
- 4 変更事業計画書(別紙2-2)
- 5 変更収支予算書(別紙3-2)
- 6 支出予定額変更内訳書
今回変更申請金額 : 金 円
当初交付決定金額 : 金 円
差引(追加・減額)申請額 : 金 円
- 7 その他参考になる書類

発行責任者及び担当者

発行責任者 ○○ ○○ (連絡先○○○-○○○-○○○○)

発行担当者 △△ △△ (連絡先○○○-○○○-○○○○)