様式第２号（第５条関係）

　　　指令　　第　　号

補助事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

小野町地域医療介護総合確保事業補助金決定通知書

　　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった補助金の交付については、次のとおり決定したの

で、小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付要綱第５条の規定により通知します。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小野町長　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 補助年度 | 年度 |
| 補助対象事業の名称 |  |
| 補助対象事業費 | 円 |
| 補助金交付決定額 | 円 |
| 交付条件 | 補助金の交付条件  １　補助金の交付の目的外に使用してはならな  い。  ２　事業の内容の変更、予算の変更を行う場合は、あらかじめ町長の承認を受けなければならない。  ３　事業を中止し、又は廃止する場合は、町長の  承認を受けなければならない。  ４　経費の収支を明らかにした帳簿、証拠書類を  ５年間整備しておかなければならない。  ５　補助事業により取得し、又は効用の増加した  財産等については、町長の承認を受けないで交  付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸  付し、又は担保に供してならない。 |