様式第３号（第７条関係）

記　号　番　号

　　年　　月　　日

　小　野　町　長

補助事業者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

小野町地域医療介護総合確保事業補助金変更（中止・廃止）申請書

　　　　　年　　月　　日付け　第　　　　号で交付決定を受けた　　年度小野町地域医療介護総合確保事業補助金について、次のとおり変更（中止・廃止）したいので、小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止・廃止）する施設の種類、名称及び変更申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設の種類 | 施設の名称 | 変更申請額（円） |
|  |  |  |

２　変更（中止・廃止）の理由

３　添付書類

　①変更事業計画書

　②変更収支予算書

　③変更実施設計書

　④変更の内容を示す書面

　④その他

　※「添付書類」は、補助金交付申請書に準じて作成し、変更前の事業内容及び経費の配分と

変更後の事業内容及び経費の配分が比較できるよう記載すること。