様式第４号（第７条関係）

記　号　番　号

　　年　　月　　日

　補助事業者　　　　　　　　　　様

小　野　町　長　　　　　　　　　　　　　　印

小野町地域医療介護総合確保事業補助金変更（中止・廃止）決定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった　　　年度小野町地域医療介護総合確保事業補助金の変更（中止・廃止）について、下記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７条の規定により通知します。

記

　１　変更後の（中止・廃止する）交付対象施設の種類

　２　変更後の（中止・廃止する）施設名

　３　変更後の代表者住所及び氏名

　４　変更後の補助金交付決定額