（別紙様式第２号）

文書番号

　年　月　日

福島県知事

住　　所

法人名等

代表者名

担当者名

電話番号

福島県地域医療介護総合確保基金事業（介護施設等の整備に関する事業）

交付決定前着手届出書

年　月　日付け　生福第　号で内示のあった福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金に係る事業について、福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金（介護施設等の整備に関する事業）実施要綱第９の規定に基づき、下記条件を了承の上、交付決定前に着手したいので届出します。

記

１　交付決定前着手の条件

交付決定を受けるまでの期間内に生じたあらゆる損失等は自らの責任とすることを了承した上で事業に着手するものとする。

２　交付決定前着手を必要とする理由

３　着手（予定）年月日

　　　　年　　月　　日