

第4号様式（第6条関係）

申請者側で必要があれば
記入してください

3 社 広 第 〇 〇 号
令 和 3 年 〇 月 〇 日

福 島 県 知 事

申請者（債権者）について記入してください
（郵便番号から記入をお願いします）

法人格のない団体の場合は代表者の住所の記載
も必要となりますので、代表者名と担当者名の
間に「代表者住所」と明記の上、代表者住所を記
入してください

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
福島県〇〇市〇〇町 2-1
法人名等 社会福祉法人〇〇会
代表者名 理事長 〇〇〇〇 ※押印不要
担当者名 係長 〇〇〇〇
電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

役職名も記入
してください

福島県地域医療介護総合確保基金事業変更（中止・廃止）承認申請書

下記により福島県地域医療介護総合確保基金事業の事業計画を変更（中止・廃止）した
いので、福島県補助金等の交付等に関する規則第6条第1項第1号（第2号）の規定によ
り、承認して下さるよう申請します。

記

変更・中止・廃止

該当する事項以外に線を引いてください

1 補助事業名

(例) 多様な人材層に対する介護キャリアアップ研修支援事業(派遣)

※交付決定通知に記載されている事業名を記入してください

2 補助金の交付決定年月日及び番号

(例) 令和3年10月4日付 福島県指令生福第〇〇〇〇-〇〇号

※交付決定通知に記載されている指令番号を記入してください

3 事業の変更（中止・廃止）の理由

(例) 事業費が増額したため

※事業の変更の理由を記入してください

変更・中止・廃止

該当する事項以外に線を引いてください

4 事業の変更（中止・廃止）の内容

(例) 旅費が交付申請時の積算より増額したため

※事業の変更の内容を記入してください

5 添付書類（変更の場合のみ）

(1) 事業計画書（第2号様式）

(2) 収支予算書（第3号様式）