様式第２号

**記入例**

**提出日（ただし、令和５年９月３０日までの日）を記入してください。**

第　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和５年〇月〇日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　所　在　地 前橋市大手町１－１－１

　　　　　　　　　　　　　 申請者　 法　人　名 医療法人ぐんまちゃん会

医療機関名 ぐんまちゃんクリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　代表者役職・氏名 理事長　ぐんま　たろう

群馬県外来対応医療機関確保事業補助金の変更交付申請について

**交付決定の日付及び文書番号は、交付決定通知を確認してください。**

令和〇年〇月〇日付け群馬県指令感疾第〇〇〇－〇号で交付決定を受けた補助事業について、群馬県外来対応医療機関確保事業補助金交付要綱第８に基づき、内容を変更したいので申請します。

記

１　変更理由

**「交付決定額」**

→交付決定通知記載の交付決定額を記入してください。

**「増減額」**

→交付変更申請額から交付決定額を引いた金額を記入

してください。（千円未満切り捨て）

**「交付変更申請額」**

　→所要額調書（別紙２）の「補助金申請額」（Ｇ）欄を記入　　してください。（千円未満切り捨て）

　外来対応医療機関の新設のために

必要な経費が当初より増額となったため。

２　変更内容

　・パルスオキシメーターの追加整備

　・非接触サーモグラフィーカメラ

（検温・消毒機能付き等）の整備

３　補助金変更申請額

　　　　　　交付決定額　　　　金　　３２７，０００　円

　　　　　　　　増減額　　　　金　　１０２，０００　円

　　　　交付変更申請額　　　　金　　４２９，０００　円

４　その他必要な書類

　・事業実施計画書（別紙１のとおり）

　・補助金所要額調書（別紙２のとおり）

　※様式第１号の別紙１、２に準じて作成すること。なお、当初申請と異なる箇所については、変

更前を上段に（ ）書きし、変更後を下段に記入すること。