別記様式第１号（第５条関係）

群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金　交付決定前着手届

　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　　宛て

　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |

　下記２の条件に同意し、群馬県地域医療介護連携感染症予防・対策事業費補助金交付要綱

第５条第５項の規定に基づき下記１のとおり届け出る。

記

１　届出

|  |  |
| --- | --- |
| 総事業費 | 円 |
| 着手予定年月日 | 年　　月　　日 |
| 交付決定前着手を必要とする理由 |  |

２　条件

　(1) 補助金交付決定を受けるまでの期間内に、天災地変等の事由によって実施した事業に損失を生じた場合、これらの損失は、事業実施主体が負担すること。

　(2) 補助金交付決定を受けた補助金額が交付申請額又は交付申請予定額に達しない場合においても、異議がないこと。

　(3) 当該事業については、着手から交付決定を受ける期間内においては、計画変更を行わないこと。

　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 郵便番号・所在地 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メイルアドレス |  |