様式第２号

第　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　 申請者　 法　人　名

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　代表者役職・氏名

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

令和　年　月　日付け群馬県指令感疾第　　　－　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

２　変更内容

３　補助金変更申請額

　　　　　　交付決定額　　　　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　増減額　　　　金　　　　　　　　　円

　　　　交付変更申請額　　　　金　　　　　　　　　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。