様式第２号（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事 様

所在地

事業者（法人）名

代表者（職・氏名）

ホームヘルパー人材確保対策（ホームヘルパー同行支援）事業費補助金変更承認申請書

令和　　年　　月　　日付け介高第　　－　号で交付決定のあった上記事業について、下記の理由により補助事業の内容を変更したいので、ホームヘルパー人材確保対策（ホームヘルパー同行支援）事業費補助金交付要綱第９条第１項の規定により承認を申請します。

記

１　変更交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　補助対象事業の変更理由

２　変更後の事業計画書

　　別紙事業計画書のとおり

　　　　　　　　　　　　　【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 部　　署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |