別紙様式第２号

第　　　　　　号

令和　年　月　日

群馬県知事　様

所在地

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

群馬県介護保険事業費補助金（新型コロナウイルス感染症に係る

介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業）変更交付申請書

　令和　　年　　月　　日付群馬県指令第　　　　　　号で補助金の交付決定通知のあった事業について、交付額を変更してください。

記

１　今回増加（一部取消）申請額　　　　金　　　　　　　　　円

　　　既交付決定額　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

　　　変更後交付決定額　　　　　　　　金　　　　　　　　　円

２　変更を要する理由

２　新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業助成金申請書（変更後）（様式１）

３　添付書類

（１）事業所・施設別申請額一覧（変更後）（様式２）

（２）事業所・施設別個表（変更後）（様式３）

（３）その他参考資料