様式第２－３号

番　　　　　　　号

年　　月　　日

　福　岡　県　知　事　　殿

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　年度福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金変更交付申請書

勤務環境改善医師派遣等推進事業

　　　年　　月　　日医指第　　　　号で交付決定を受けた標記補助金について、福岡県地域医療勤務環境改善支援事業費補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり交付額を変更して交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　申請額

　　変更後の所要額 金　　　　　　　　　　円

　　既交付決定額 金　　　　　　　　　　円

２　変更事業計画書 （別紙２－１のとおり）

３　変更経常利益算出調書 （別紙２－２のとおり）

４　変更派遣受入医療機関要件調書 （別紙２－３（その１及びその２）のとおり）

５　添付書類

　・　変更申請に係る派遣受入医療機関の医師労働時間短縮計画

・　歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

　・　その他参考となる書類（変更申請に係る派遣医師の労働条件通知書（写し）等）

※変更派遣受入医療機関要件調書は、変更申請に係る受入医療機関の分のみを提出すること