様式第２－２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

地域医療勤務環境改善体制整備特別事業

　　　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（その１及びその２）のとおり）

３　変更経費所要額調書 （別紙２－２のとおり）

４　変更経費所要額明細書 （別紙２－３（その１及びその２）のとおり）

５　添付書類

　・　歳入歳出予算書（又は見込書）抄本

　・　その他参考となる書類