（様式第４号）

長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金変更承認申請書

第　　号

　　年　　月　　日

長野県知事　　○○　○○　様

補助事業者

（所在地）

（法人等の名称）

（代表者職・氏名）

　　年　　月　　日付長野県指令　　第　　号で補助金の交付決定があった　　　　年度長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）の事業計画を下記のとおり変更したいので、承認してください。

記

１　事業名

　　外国人介護人材受入支援事業

２　交付申請額

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後の申請額 | 千円 |
| 交付決定額 | 千円 |
| 差引増減額 | 千円 |

※変更後の申請額の積算根拠となる「経費所要額調（別紙１）」を添付のこと。

３　変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

※変更内容を反映させた「事業変更計画書（別紙２）」を添付のこと。

４　変更理由

５　添付書類

⑴　歳入歳出予算（見込）書の抄本

⑵　その他参考となる書類