（様式第６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）補助金期間延長承認申請書

第　　号

　　年　　月　　日

長野県知事　　阿部　守一　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　介第　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）について、下記のとおり延長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　事業が予定期間内に完了しない理由

３　事業の進捗状況

４　事業期間延長後の完了予定期日