（様式５）

文　書　番　号

日付を入力

神奈川県知事　殿

補助事業者 住　　　　　所 　法人（団体）の所在地を入力

法人（団体）名 　法人（団体）名を入力

代 表 者 氏 名 　法人（団体）代表者職・氏名を入力

令和４年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金事業変更（中止、廃止）承認申請書

〔日付を入力〕付け福子総第000号により交付決定があった〔事業を選択）に係る補助事業について、次のとおり事業〔選択〕し、承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　内　容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
| 事業所名　事業内容を入力 | 変更（中止、廃止）前の状況を入力 | 変更（中止、廃止）後の状況を入力 |

２　変更（中止、廃止）の理由

　　変更／中止／廃止の理由を入力してください。

【本件責任者及び担当者】

責任者 職　氏名

電話 000-000-0000

電子メール someone@exmaple.com

担当者 職　氏名

電話 000-000-0000

電子メール someone@exmaple.com

（様式５）記入例

文　書　番　号

○○年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所　○○市○○○○○○－○－○

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名　社会福祉法人○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名　理事長　○○　○○

令和○○年度神奈川県地域医療介護総合確保基金（介護分）事業費補助金事業変更（中止、廃止）承認申請書

○○年○○月○○日付け福子総第○○○号により交付決定があった○○○○○○○○事業に係る補助事業について、次のとおり事業変更（中止、廃止）し、承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止、廃止）の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　内　容 | 変更（中止、廃止）前 | 変更（中止、廃止）後 |
| グループホーム〇〇（認知症対応型共同生活介護）〇〇〇〇 | 数量　10台導入機器　〇〇スキャン（記載しきれない場合は別紙に記載してください。） | 数量　8台導入機器　見守り〇〇（記載しきれない場合は別紙に記載してください。） |

２　変更（中止、廃止）の理由

　　（理由を記載してください。）

責任者及び担当者の記載について

・文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。

・責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。

・申請者が市町村の場合は記載不要です。

※ 別途問合せ先の記載をお願いします。

【本件責任者及び担当者】

責任者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*

担当者　職・氏名

電話　000-000-000

電子メール　\*\*\*＠\*\*\*