（様式５）

文　書　番　号

令和６年○○月○○日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

令和５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承認申請書

令和５年○○月○○日付け○第○○○号により交付決定があった介護ロボット導入支援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 | 変更前 | 変更後 |
| 介護ロボット導入支援事業  事業所名：○○〇 | 補助所要額：○○円  事業の完了日：令和〇年〇月〇日 | 補助所要額：  令和５年度　　　 0円  令和６年度　〇〇〇円  事業の完了日：令和６年〇月〇日 |

２　変更（中止、廃止）の理由

（事業の完了が遅れた理由等を記載（所要額が変更になった場合はその理由も記載）

(交付決定後に生じたやむを得ない事由を詳細に記載すること。)

【本件責任者及び担当者】

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。

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　\*\*\*＠\*\*\*