（様式５）

文　書　番　号

令和○○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○○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

令和○○年○○月○○日付け○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。

**取下げの場合は**

**中止に〇**

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 |
| 〇〇事業 | 総事業費　〇〇円  ・〇〇費　　〇〇円  ・〇〇費　　〇〇円 | 総事業費　△△円  ・〇〇費　　□□円  ・〇〇費　　□□円  ・〇〇費　　□□円 |

２　変更（中止、廃止）の理由

別紙理由書のとおり

【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　\*\*\*＠\*\*\*