様式第10号(第10条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減制度事業費補助金交付変更申請書

年　　月　　日

　　出雲市長　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助事業者 | 法人所在地 |  |
| 法人名称  代表者氏名 |  |

　社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指令年月日 | | 年　　月　　日 | | 指令番号 | 指令　　第　　号 |
| 補助年度 | | 年度 | | 補助金の名称 | 社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業費補助金 |
| 事業所の名称 | |  | | | |
| 補助金額の内容 | | 変更前　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 変更後　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 変更の理由 | |  | | | |
| 変更の年月日 | | | 年　　　月　　　日(予定) | | |
| 添付書類 | 事業主体の本来受領すべき利用者負担収入を記載した書類  　1　所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書）総括表  　2　所要見込額調書個表  3　利用者負担収入見込額調書 | | | | |