様式第2号(第7条関係)

　　年　　月　　日

　　　出　雲　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　 　(補助事業者)氏名又は団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及び代表者名

**在宅医療介護連携推進団体補助金変更・中止(廃止)承認申請書**

　　　　　年　　月　　日付け指令　　第　　　号で交付決定を受けた出雲市医療介護連携推進団体補助金について、下記のとおり変更したいので関係書類を添えて申請します。

記

1　追加(減額)交付申請額　　金　　　　　　　円(A－B)

変更後交付申請額　　金　　　　　　　円(A)

既交付決定額　　金　　　　　　　円(B)

2　金額以外の変更内容について

3　変更・中止(廃止)を必要とする理由

(添付書類)

　①事業計画書

　②収支予算書