（様式２）

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６年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金変更交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名　在宅医療退院支援強化事業

２　変更交付申請額　金○○○，○○○，○○○円

　　（前回交付申請額　金○○○，○○○，○○○円）

　３　所要額調書　　（別紙１－１（募集・雇用経費）、別紙１－２（人件費））

４　事業計画書　　（別紙２（募集・雇用経費、人件費））

５　所要額明細書　（別紙３）

６　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本（別紙４）

（当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。）

(2) その他参考となる資料

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○