様式第３号

番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

（宛先）

滋賀県知事

（申請者）

住　所

氏　名（法人にあっては名称および代表者の職名・氏名）

（自治体にあっては市（町）長の氏名）

（発行責任者・担当者）

氏　名（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）

（自治体にあっては担当者の氏名）

連絡先電話番号

令和７年度在宅療養支援病院等整備事業費補助金の

（変更・中止）承認申請について

在宅療養支援病院等整備事業費補助金交付要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり事業の（変更・中止）の承認を申請します。

記

１．交付決定通知書の日付および番号

　　令和　　年　　月　　日付け滋医福第　　　号

２．既交付決定額　　 金　　　　　　　　　　　　円

　　今回変更申請額　 金　　　　　　　　　　　　円

３．変更を必要とする理由

　　※具体的に記述すること

　　※必要な説明資料および変更後の所要額等がわかる資料を添付すること