第２号様式（第９条関係）

第　　　号

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　　　　　　　様

（申請者）住　所

法人名

代表者　職名

氏名

電話番号

令和　　年度石川県外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金

変更（中止・廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付厚第　　　号で補助金の交付の決定を受けました外国人介護人材日本語能力向上支援事業を下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、石川県補助金交付規則及び石川県外国人介護人材日本語能力向上支援事業費補助金交付要綱第９条第２号の規定により関係書類を添えて申請します。

記

１　変更（中止・廃止）理由

２　補助金額

　変更前の額　　　　　　　　　　　　　円

　　　　変更後の額 　　　 円

　　　　差引（追加・減額）申請額　　　　　　円

３　変更内容

（１）補助金変更所要額調書（別紙２－１）

（２）事業変更計画書　　　（別紙２－２）

（３）収支予算書　　　　　（別紙２－３）

発行責任者　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

担当者　　　〇〇　〇〇　　　連絡先　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇