年　　月　　日

長崎県知事　　　　　　　様

申請者　住　　所

法人名

代表者名

令和　年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金

（外国人留学生への奨学金等支給支援事業）変更交付申請書

令和　年　月　日付長崎県指令　長社第　　　号をもって交付の決定を受けた標記補助金について、下記のとおり補助の変更交付（増額・減額）を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

記

１　補助金変更交付（増額・減額）申請額　金　　　　　　　　　円

２　変更を受けようとする理由

３　経費所要額調書（様式第１号）

４　支出予定額変更内訳書

今 回 変 更 申 請 金 額 ：金　　　　　　　　円

当 初 交 付 決 定 金 額 ：金　　　　　　　　円

差引（増額・減額）申請額：金　　　　　　　　円

５　変更計画書（様式第5号）

６　変更収支予算書（様式第6号）

７　その他参考となる書類

発行責任者及び担当者

　発行責任者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　）

　発行担当者　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　）