第２号様式（第６条関係）

第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

（申請者）住　所

施設名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

平成　　　年度高知県産科医等確保支援事業費補助金変更（中止・廃止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付け高知県指令　　第　　号で補助金の交付の決定通知がありましたことについて、下記のとおり変更（中止・廃止）したいので、高知県産科医等確保支援事業費補助金交付要綱第６条第１号の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　補助金交付変更申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

２　変更（中止・廃止）の理由

３　関係書類

（１）産科医等確保支援事業費補助金所要額変更調書（第２号様式の（１））

（２）産科医等確保支援事業変更計画書（第２号様式の（２））

（３）歳入歳出予算（見込み）書の抄本