

別記第2号様式（第7条関係）

令和 年 月 日

高知県知事 様

住 所
氏 名

事業変更（中止・廃止）承認申請書

令和 年 月 日付け高知県指令 第 号で交付の決定
がありました高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設
等物価高騰緊急対策事業給付金について、下記のとおり変更（中止・廃止）した
いので、高知県医療従事者処遇改善等支援事業給付金及び高知県医療施設等物
価高騰緊急対策事業給付金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申
請します。

記

- | | |
|--------------------|---|
| 1 給付決定額 | 円 |
| 2 変更給付申請額 | 円 |
| 医療従事者処遇改善等支援事業給付金 | 円 |
| うち | |
| 賃上げ支援事業 | 円 |
| 物価支援事業 | 円 |
| 医療施設等物価高騰緊急対策事業給付金 | 円 |
| 3 変更事項及び理由 | |

<以下4については、変更承認申請の場合のみ記載及び提出をお願いします。>

- 4 事業変更申請書（別紙様式3）