

様式第3号

堺市医療型短期入所整備促進事業補助金変更交付申請書

年 月 日

堺市長 殿

所在地

法人名

代表者職氏名

年 月 日付け、第 号により交付決定を受けた 年度堺市医療型短期入所整備促進事業について、堺市医療型短期入所整備促進事業補助金交付要綱9の規定により、次のとおり補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 補助金変更交付申請額

2 既補助金交付決定額

3 申請理由

---

---

---

4 病院名

5 経理担当者

6 添付書類

堺市医療型短期入所整備促進事業補助金変更交付申請額内訳書

(注)代表者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。