

様式第 2 号（9 関係）

堺市重度障害者歯科診療所管理運営補助金変更交付決定通知書

第 年 月 日 号

申請人

様

堺市長 印

年 月 日付けで変更交付申請のあった補助金については、次のとおり変更することに決定したので、通知します。

補助年度	年度	補 助 金 の 名 称	堺市重度障害者歯科診療所 管理運営補助金
補助金変更交付額	円		
交付予定時期	分 割 第 1 回目 円 第 2 回目 円 第 3 回目 円 第 4 回目 円 ※ ただし、交付の時期は事業実施時期の変更その他の事情により変更することがある。		

- 1 補助条件は、次のとおりとする。
- (1) 補助金は、その目的以外に使用しないこと。
 - (2) 補助事業に要する経費の配分又は補助事業の内容を変更（それぞれの配分額のいずれか少ない方の額の 20 パーセント以内の変更を除く。）し、又は補助事業を中止し、若しくは廃止しようとする場合においては、あらかじめ市長の承認を受けること。
 - (3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合においては、速やかに市長に報告してその指示を受けること。
 - (4) 堺市補助金規則（平成 12 年規則第 97 号）の規定に従うこと。
 - (5) 補助事業完了後、別に定める様式により堺市補助金実績報告書をその定める期日までに市長に提出すること。
 - (6) 補助金の交付の決定の内容又はそれに付した条件に違反し、若しくは法令又はそれに基づく市長の処分に違反したときは、補助金の全部又は一部を返還しなければならない。