別記様式第２号（第９条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

年度医療機能分化・連携支援事業（回復期機能転換経営診断助成）費補助金

変更交付申請書

　標記について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

１　変更交付申請額　　金　　　　　　　　円

　（前回交付決定額　　金　　　　　　　　円）

２　添付書類

　⑴　変更理由書

　⑵　変更後の事業計画書（別紙１）

　⑶　変更後の経費所要額調書（別紙２）

　⑷　歳入歳出予算（見込）書抄本

　⑸　その他参考となる資料