

別記様式第2号

年 月 日

石川県知事 ○ ○ ○ ○ 様

所在地

団体名

代表者氏名

年度石川県障害者授産施設等
通所交通費補助金変更交付申請書

年 月 日付け障福第 号により、補助金交付決定の通知があった標記補助金について、下記のとおり変更したいので承認されたく、石川県補助金交付規則の規定により申請いたします。

記

1 変更の理由

2 補助金額	変更前の額	金	円
	変更後の額	金	円
	差引過不足申請額	金	円

3 変更の内容 別紙のとおり

4 添付書類

- (1) 事業の内容及び経費の配分 (別紙1のとおり)
- (2) 事業計画の概要 (別紙2のとおり)
- (3) その他 通所変更届出書(写)

発行責任者氏名 () 連絡先電話番号 ()
担当者氏名 () 連絡先電話番号 ()