第２号様式（第７条関係）

　　　 　　　　　　年 月 日

岐阜県知事 様

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　代表者氏名

岐阜県貨物自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金事業内容変更承認申請書

　　　年 月 日付け　　　第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業の内容について、下記のとおり変更の承認を受けたいので申請します。

記

１ 変更を必要とする理由

２ 補助金の額

（１）変更前

　　（２）変更後

３　変更後の補助金の内容等について別紙のとおりとする。

別紙

岐阜県貨物自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金交付決定変更申請事業

補助事業者名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費 | | 交付決定済額 | 今回申請金額 | 増減額 |
| 変更前金額 | 変更後金額 |
|  |  |  |  |  |

（添付書類）

（１） 受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類

（受診機関に変更がある場合のみ）

（２）その他書類