

(様式第 3 号)

福岡市結核予防費補助金変更交付申請書

年 月 日

(あて先)福岡市長

〒
(申請者) 住 所 _____
団 体 名 _____
代表者職氏名 _____

年 月 日付 保危第 号で交付決定の通知を受けた補助金について、変更の交付決定を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 補助事業名

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 53 条の 2 第 1 項の規定に基づく定期の健康診断(もしくは出入国管理及び難民認定法第 7 条第 1 項第 2 号の基準を定める省令の規定による日本語教育機関及び教育機関が行う健康診断)

2 補助金の交付変更申請額

- (1) 交付変更申請額
- (2) 補助金内示額
- (3) 変更増減額

3 変更理由

4 事業計画及び収支計画書(様式第 1 号別表)(変更後)