様式第３（第９条関係）

補助事業変更承認申請書

年　月　日

稲沢市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

代表者職・氏名

　　　年　　月　　日付け　　指令第　　号で交付決定を受けた稲沢市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス補助金について、下記のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

　１　変更内容

変更後所要額（Ａ）　　　　金　　　　　　　　円

　　既交付決定額（Ｂ）　　　　金　　　　　　　　円

　　変更交付申請額（Ａ－Ｂ）　金　　　　　　　　円

　２　変更理由

３　添付書類

　　（１）事業計画書（様式第３（その１））

　　（２）予算額調（様式第３（その２））

　　（３）その他算出の根拠となる資料

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

様式第３（その１）

|  |
| --- |
| 事業計画書 |
|  |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 活動日時 | 提供時間 |
| 月 | 　　　時　　分　～　　時　　分 |
| 火 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 水 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 木 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 金 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 土 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 日 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 休日 |  |
| 受付時間 |  |
| 活動地域 |  |
| 活動内容 |  |
| 利用料 |  |
| 備考 |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

様式第３（その２）

|  |
| --- |
| 予算額調　収入 |
| 区分 | 予算額 | 説明 |
|  | 円 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 市補助金 |  | 補助対象経費計 | 　　　　円×　　件＝　　円 |
| 計 |  |  |
| 　支出 |
| 補助対象事業区分 | 予算額 | 説明 |
|  | 円 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。