別紙様式（繰越理由書）

令和５年度　滋賀県介護職員職場環境改善支援事業費補助金

にかかる事業内容の変更承認について

令和６年２月29日

（宛先）

滋賀県知事

申請者　　法人住所

　　　　　法人名称

代表者職名

代表者氏名

令和　年　　月　　日付け滋医福第　　号で交付決定の通知があったこのことについて、令和６年２月５日付けで国の要綱が改正され、その後令和６年２月19日付けで県の補助金交付要綱が改正されるまでの間、事業の執行を停止したことにより、年度内の事業完了が困難になったので、下記のとおり事業内容の変更を承認願いたく申請します。

記

１　既交付決定額

　　金　　　　　　　　円

２　翌年度繰越額

　　金　　　　　　　　円

３　事業完了年月日

　　令和６年４月10日

|  |
| --- |
| 【連絡先（文書送付先）】  事業所名：  郵便番号：  住所：  発行責任者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  担当者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  電話番号：  FAX番号：  E-mail： |