（様式２号）

年　　月　　日

愛　知　県　知　事　殿

法人名

住所

代表者職氏名

（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※なお、外国人介護人材獲得強化事業のみ申請の場合は、

施設名不要

年度愛知県外国人介護人材受入促進事業費補助金の変更交付申請について

　　　　年　　月　　日　　高福第　　　　号で交付決定を受けた標記補助金について、下記のとおり変更交付されたく関係書類を添えて申請します。

記

１　補助金交付申請額

　　　今回変更交付申請額　ア　　　金　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　（減額の場合は△により表示）

　　　既交付決定額　　　　イ　　　金　　　　　　　　　円

　　　変更後補助金額　　　ア＋イ　金　　　　　　　　　円

２　変更所要額調書（別紙様式２－１）

３　変更事業計画書（別紙様式２－２）

４　添　付　書　類

(1)　 　　　　年度に係る法人（又は施設等）の会計歳入歳出予算書（又は資金

収支予算内訳表）の抄本

(2)　外国人介護職員の雇用契約書の写し（雇用予定の場合は雇用予定であること

を証明する書類）

※なお、外国人介護人材獲得強化事業のみ申請の場合は、不要

(3)　その他参考となる資料