

様式第3号（第12条第1項関係）

助成金変更承認申請書

年 月 日

美幌町長 様

申請者 住 所
氏 名
（医療法人の場合は、名称及び代表者氏名）
電話番号

年 月 日付け 年美幌町第 号指令で助成金の交付決定を受けた助成事業
について、次のとおり申請内容を変更したいので、美幌町開業医誘致等助成金交付要綱第12
条第1項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 助成金の名称

2 交付決定額 円

3 変更後の助成金申請額 円

4 変更理由

5 添付書類