様式第４号

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　殿

住所

保険医療機関名

代表者名

佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金変更承認申請書

　令和○○年○○月○○日付け医第○○号で補助金交付決定の通知があった佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金について、下記理由により補助事業の内容を変更し、［金　　　　　円の追加交付（減額承認）を受け］たいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付要綱の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　円

２　変更後の交付申請額　　金　　　　　　　　円

３　変更の内容及び理由

４　関係書類

(1) 別紙（様式第４号関係）　変更承認申請内訳書

(2) その他、知事が必要と認める書類

様式第５号

第　　　　　号

年　　月　　日

佐賀県知事　殿

住所

保険医療機関名

代表者名

佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金中止（廃止）承認申請書

　令和○○年○○月○○日付け医第○○号で補助金交付決定の通知があった佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金について、下記の理由により、中止（廃止）したいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付要綱の規定により申請します。

記

１　既交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　円

２　中止（廃止）理由

※　「中止（廃止）」については、不要な文字を削除すること。