

(様式第3号)

## 福岡市結核予防費補助金変更交付申請書

年 月 日

(あて先)福岡市長

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_ 円  
団 体 名 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日付 保感対第 \_\_\_\_\_ 号で交付決定の通知を受けた補助金について、変更の交付決定を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

### 記

#### 1 補助事業名

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2第1項の規定に基づく定期の健康診断(もしくは出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令の規定による日本語教育機関及び教育機関が行う健康診断)

様式第5号別表の「補助金の精算額」を記入

#### 2 補助金の交付変更申請額

(1) 交付変更申請額

67,720円

(2) 既交付決定額

〇〇,〇〇〇円

決定通知に記載のある決定額を記載

(3) 変更増減額

( 〇〇,〇〇〇円-67,720円 )

(2)から(1)を引いた後の額を記載

#### 3 変更理由

例 1) 当初計画に結核健康診断以外の健診費用を含んでいた

例 2) 年度内の事業の中止のため

変更理由を記載

#### 4 事業計画及び収支計画書(様式第1号別表)(変更後)

福岡市ホームページより、様式第1号及び第1号別表を

ダウンロードし、記入して提出