

奈良県知事 殿

法人等住所

法人等名称

代表者職名・氏名

印

学校又は施設の所在地及び名称

年度結核予防費補助金の県費補助変更承認申請について

年 月 日付け疾対第 号をもって交付決定のあった標記補助事業について、次のとおり交付額を変更して交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1	申請額	金	円
	変更後の所要額	金	円
	既交付決定額	金	円
	今回所要額	金	円

2 関係書類

- (1) 結核予防費県費補助金所要額調 (第2号様式)
  - (2) 結核健康診断内訳明細書 (第3号様式)
  - (3) 歳入歳出予算書 (見込書) 抄本
- (注) (1) (2) については当初申請の様式に準じて作成することとし、変更部分上段に ( ) 書きで変更前の金額等を記載すること。