様式第６号（別表第２関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

岩手県知事　様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

在宅医療推進設備整備事業変更（中止・廃止）承認申請書

　　　年　　　月　　　日付け岩手県指令第　　　号で補助金の交付の決定のあった在宅医療推進設備整備費補助金について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

記

当初（前回）申請額　　金　　　　　　　円

変更申請額　　金　　　　　　　円

理　由

添付書類

１　在宅医療推進設備整備費補助金所要額調書（様式第２号）

２　在宅医療推進設備整備事業計画書（様式第３号）

３　その他知事が必要と認める書類