別記第４号様式（要項第５条関係）

第　　　号

　　年　　月　　日

熊本県知事　木村　敬　様

　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

令和６年度（２０２４年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金変更

申請書

令和　　年（　　　　年）　　月　　日付け健危管第　　　　号で補助金交付決定通知のあった令和６年度（２０２４年度）私立学校等結核予防費補助金を下記のとおり変更したいので、熊本県補助金等交付規則第７条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第５条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

１　補助金等交付申請額　　　金　　　　　円

（うち前回までの申請額　金　　　　　円）

２　変更計画の理由

添付書類

（１）熊本県私立学校等結核予防費補助金事業変更計画書

（別記第３号様式（要領第４関係））

（２）収支予算書（別記第２号様式（要領第３関係））

※申請者の押印を省略する場合

|  |
| --- |
| 書類発行責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）： |
| 担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）： |