（様式第３号）

記載の際の注意事項：赤字の箇所について、各法人様の状況に応じて記載してください。

　　　　　　　　　　※提出の際には、当該テキストボックスは削除してください。

令和６年９月　　日

福井県知事　様

住　所

法人名

代表者名

　　福井県介護職員処遇改善支援事業補助金交付変更申請書

令和６年７月○○日付け福井県指令長第７２３－○○号で交付決定を受けた福井県介護職員処遇改善支援事業補助金について、下記のとおり変更したいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

１　補助金名称　　福井県介護職員処遇改善支援事業補助金

２　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 補助対象経費および補助金額の変更 | ①補助対象経費  ○○○○円  ②補助金額  ○○○○円 | ①補助対象経費  ○○○○円  （＋○○○円）  ②補助金額  ○○○○円  （＋○○○円） |

３　変更理由

　　　介護サービスの提供実績に伴う補助対象経費および補助金額の変更

４　添付書類

　　　国保連合会からの額の通知一式

（様式第６号）

令和６年９月３０日

福井県知事　様

住　所

法人名

代表者名

福井県介護職員処遇改善支援事業補助金完了実績報告書

令和６年７月○○日付けおよび令和６年　月　　日付け福井県指令長

第７２３－○○号で交付決定・変更交付決定を受けた福井県介護職員処遇改善支援事業補助金の事業が完了したので、福井県補助金等交付規則第１２条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記

１　補助金名称　　　　　福井県介護職員処遇改善支援事業補助金

２　補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　 （変　更　後）

３　補助金精算額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　精算額算出　　　　　介護職員処遇改善実績報告書等のとおり

５　添付書類

国保連合会からの額の通知一式

（様式第９号）

令和６年　月　　日

福井県知事　　様

住　所

法人名

代表者役職

代表者名

　　福井県介護職員処遇改善支援事業補助金交付請求書

（概算払）

令和６年７月○○日付けおよび令和６年　月　　日付け福井県指令長

第７２３－○○号で交付決定・変更交付決定を受けた福井県介護職員処遇改善支援事業補助金を交付されるよう福井県補助金等交付規則第１５条の規定により請求します。

　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　（変更後）

　既交付額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　円

【振込先口座情報】

　銀 行 名

　支 店 名

　口座番号

　名　　義

発行責任者（部署・役職・氏名）

担　当　者（部署・役職・氏名）

連　絡　先