

様式第3号（第7条関係）

大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金変更交付申請書

第 号  
年 月 日

大阪府知事様

医療機関名

医療機関所在地  
(二次医療圏名を併記)

開設者氏名（法人の場合は、  
名称及び代表者の職氏名）

開設者住所（法人の場合は、  
主たる事務所の所在地）

年度における大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金については、 年 月 日付け 第 号で交付決定を受けましたが、その後の事情の変更により、交付額を次のとおり変更されたく申請します。

1. 今回追加交付（一部取消）申請額	金	円
内訳    既交付決定（内示）額	金	円
変更後所要額	金	円

2. 変更を必要とする理由

3. 関係書類

- (1) 経費所要額内訳書（様式第1号別紙1及び2に準じて作成すること。）
- (2) その他参考となる資料