様式第５号（第８条関係）

 　　　　 年　月　日

福 山 市 長　様

住　　　所

指定医療機関名

代表者氏名

　　　　年度福山市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療機関システム改修等事業補助金事業計画変更承認申請書

 　　年　　月　　日付け福指令保予第　　号で交付決定を受けた福山市小児慢性特定疾病医療費助成制度におけるオンライン資格確認のための医療機関システム改修等事業補助金について、補助金交付申請書の内容を変更したいので、次のとおり変更の申請をします。

１　変更申請額 　　　　金 　　　　　　　　　　　円

２　経費所要額調書（別紙（１）のとおり）

３　事業実施変更計画書（別紙（２）のとおり）

４　添付書類

（１）見積書の写し等

（２）その他参考となる資料

５　変更の内容

６　変更の理由