

【基本情報】

投薬後健康管理体制確保補助金

※着色セルへご記入をお願いします。

変更承認申請書 記入日	令和		年		月		日
法人所在地 (都道府県名から記載)	〒		-				
法人名							
代表者職・氏名							
医療機関所在地 (都道府県名から記載)	〒		-				
医療機関名							
補助金担当者職・氏名							
補助金担当者連絡先							
メールアドレス							

(様式第3号)

令和 年 月 日

大阪府知事様

所在地
法人名
代表者
医療機関名

大阪府投薬後健康管理体制確保補助事業に係る変更承認申請書

令和 年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定を受けた、投薬後健康管理体制確保補助事業に要する経費変更承認を受けたいので、大阪府補助金交付規則第6条第1項第1号、第2号及び投薬後健康管理体制確保補助金交付要領第7条第2項の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

記

1 変更する内容

- (1) 既交付決定額 金 [] 円
(2) 変更交付申請額 金 [] 円
(3) 増減額 金 [] 円

2 変更の内訳 別紙のとおり

3 変更の内容及び理由

補助金担当者職・氏名	
補助金担当者電話番号	
メールアドレス	

大阪府投薬後健康管理体制確保補助事業

【 経費（事業）変更内訳 】

大阪府投薬後健康管理体制確保補助事業について、下記のとおり変更内訳書を提出します。

医 療 機 関 名	
担 当 者 職 ・ 氏 名	
担 当 者 連 絡 先	
メ ー ル ア ド レ ス	

【変更交付申請額】

抗体カクテル療法実施患者数	対象経費	変更交付申請金額
人	円	円

【変更前交付申請額】

抗体カクテル療法実施患者数	対象経費	既交付決定額
人	円	円