令和　　年　　月　　日

大阪府知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

住　　所

「大阪府社会福祉施設等従事者支援事業（第2弾）」申請内容訂正届出書

　すでに受給済みのギフトカードについて、

* 申請に支給対象でない従事者が含まれていたため

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請内容の訂正を届け出ます。

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　この訂正により生じた下記のギフトカードの差額については、速やかに返還します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 訂　正　内　容 | 訂正数量 |
| □大阪府社会福祉施設等従事者支援事業（第２弾）（申込番号　　　　　　　　　　　） | 　 　　　　　　　　　　　 名分 |
| 金　　　　　 　　　　　　　 円 |
| * 名
 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　氏　名 |

令和　6　年　1　月　9　日

記入例

届け出た日をご記入下さい

大阪府知事　　様

※本書類ご記入の上、

返還するギフトカードを同封の上、

お送りください

本事業コールセンター

電話番号：06－7178－8891

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　施設名

申請時に記入した、

・施設名

・代表者氏名（担当者名）

・住所

をご記入ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

住　　所

「大阪府社会福祉施設等従事者支援事業（第2弾）」申請内容訂正届出書

返還理由をご記入ください

　すでに受給済みのギフトカードについて、

✅　申請に支給対象でない従事者が含まれていたため

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請内容の訂正を届け出ます。

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　この訂正により生じた下記のギフトカードの差額については、速やかに返還します。

記

返還を希望する人数、金額をご記入ください

申請時の申込番号をご記入下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 訂　正　内　容 | 訂正数量 |
| ✅大阪府社会福祉施設等従事者支援事業（第２弾）（申込番号　　　　　　　　　　　）12345678 | 　 　　　　１　　　　　 名分 |
| 金 　　　　20000　　　 円 |
| * 名　　　　　大阪　太郎
 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名 |
| 　　氏　名返還を希望する方の氏名をご記入ください※必ず申請を行った方の氏名をご記入下さい※7名以上の場合はコピーしてご使用ください |
| 　　氏　名 |
| 　氏　名 |