

様式第3号（別表第2関係）

令和 年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

所在地：

施設名称：

代表者名：

印

医療機関・薬局等感染拡大防止対策支援事業費補助金

変更承認（中止、廃止）申請書

令和 年 月 日付け岩手県指令第 号で交付の決定通知があった内容等を変更  
したいので、岩手県補助金交付規則第6条の規定により、関係書類を添えて下記のと  
おり申請します。

記

変更後交付申請額

円