様式第４号(第７条関係)

年　　　月　　　日

隠岐の島町長　　　様

申請者　住　　　所

法人名等　　　　　　　　　㊞

代表者氏名

福祉・介護職員処遇改善補助金変更交付申請書

年　　月　　日付け指令　第　号をもって、交付決定のあった隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金について、次のとおり変更したいので、隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金交付要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１．補助事業名　　隠岐の島町福祉・介護職員処遇改善補助金

２．変更交付申請額　　　　　　　　　　　　円

　（前回交付申請額　　　　　　　　　　　　円）

内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処遇改善加算による賃金改善実施期間 | 当初 | 年　月～　年　月 |
| 変更 | 年　月～　年　月 |
| 福祉・介護職員常勤換算人数  （賃金改善期間の人数） | 当初 | 人 |
| 変更 | 人 |

３．添付書類

⑴変更内容が確認できる書類