（様式第１号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業補助金交付申請書

　障がい者短期トレーニング促進事業補助金交付要綱第５の規定により、上記補助金の交付につき、下記のとおり申請します。

記

１　交付を受けようとする額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類等

（1）障がい者短期トレーニング促進事業実施計画書（別紙１―１）

（2）障がい者短期トレーニング促進事業補助金所要額調書（別紙１－２）

（3）事業に係る歳入歳出予算（見込）書又は収入支出予算（見込）書の抄本

（様式第２号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業補助金変更承認申請書

　平成　　年　　月　　日付け長野県　　保健福祉事務所指令　　第　　号で交付決定のあった平成　　年度障がい者短期トレーニング促進事業について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

１　交付を受けようとする額

既申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

変更申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

差　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　変更理由

３　添付書類等

（1）障がい者短期トレーニング促進事業実施計画書（別紙１－１）

（2）障がい者短期トレーニング促進事業補助金所要額調書（別紙１－２）

（3）事業に係る歳入歳出予算（見込）書又は収入支出予算（見込）書の抄本

（様式第３号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業中止（廃止）承認申請書

　平成　　年　　月　　日付け長野県　　保健福祉事務所指令　　第　　号で交付決定のあった平成　　年度障がい者短期トレーニング促進事業について、下記の理由により中止（廃止）したいので、御承認くださるよう申請します。

記

１　中止（廃止）理由

２　中止期間又は廃止年月日等

　　　中止期間　　　　平成　　年　　月　　日より

　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日まで

　　（廃止年月日　　　平成　　年　　月　　日）

（様式第４号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業補助金交付申請取下書

　平成　　年　　月　　日付け長野県　　保健福祉事務所指令　　第　　号で交付決定のあった平成　　年度障がい者短期トレーニング促進事業について、下記のとおり申請を取下げます。

記

　取下げの理由

（様式第５号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業実績報告書

　平成　　年　　月　　日付け長野県　　保健福祉事務所指令　　第　　号で交付決定のあった平成　　年度障がい者短期トレーニング促進事業について、下記のとおり報告いたします。

記

１　精　算　額　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　事業完了年月日　　　　　　　平成　　年　　月　　日

３　添付書類等

（1）障がい者短期トレーニング促進事業精算書（別紙２－１）

（2）障がい者短期トレーニング事業実施状況調書（別紙２－２）

（3）事業に係る歳入歳出決算（見込）書の抄本

（様式第６号）

第　　　　号

平成　年　月　日

　　　　保健福祉事務所長　　　　　様

住　所

法人名称及び代表者名　　　　　印

平成　年度障がい者短期トレーニング促進事業補助金交付（概算払）請求書

　平成　　年　　月　　日付け長野県　　保健福祉事務所達（指令）　　　　第　　　号で確定（交付決定）のあった平成　　年度障がい者短期トレーニング促進事業補助金を下記のとおり、交付（概算払）してください。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助金確定額（交付決定額） | 既に支払を  受　け　た　額 | 今回請求額 | 備　　　　考 |
| 円 | 円 | 円 |  |

【振込口座】

　金融機関名

預金の種類

口座番号