（様式第３号）

働く女性のキャリア形成支援事業補助金　変更交付申請書

　　年　　月　　日

　長野県知事　様

 住　　所　〒　　　　－

 名　　称

 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付け長野県指令　　人権第　　号で交付決定を受けた働く女性のキャリア形成支援事業補助金について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

　　１　変更の内容及び理由

　　２　変更交付申請額

|  |  |
| --- | --- |
| 対象経費 | 円　 |
| 交付申請額 | ，０００円　 |

　　　　　　※対象経費及び交付申請額は、いずれも変更後の金額を記載すること。

　　　　　　※交付申請額は、対象経費の２分の１以内（1,000円未満切り捨て）とすること。

　　　【添付書類】

　　　　・補助対象研修の募集パンフレット又はホームページのハードコピー等、内容・費用がわか

るもの

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 担当者名 |  |