様式第４号（第９条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　田名　毅　　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業

事業計画変更承認申請書

下記の通り、事業計画を変更したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第９条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

 記

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成対象事業名 |  |
| ２　助成予定金額 | 金　　　　　　円 |
| ３　計画変更後助成申請額 | 金　　　　　　円 |
| ４　変更内容及び理由 |  |
| ５　添付書類 |  |

様式第５号（第10条関係）

　　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　田名　毅　殿

住　所

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

健康課題解決型支援事業助成申請取下書

下記について、健康課題解決型支援事業助成要綱第10条に基づき、助成申請を取下げいたします。

記

１　助成対象事業名

２　取下げ理由

様式第６号（第11条関係）

　年　　月　　日

(公財)沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　田名　毅　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

課題解決型支援事業概算払請求書

　年　　月　　日付けで助成決定のありました事業について概算払を受けたいので下記のとおり請求します。

記

１　助成対象事業名

２　概算払を希望する理由

３　概算払申請額　　　　　　　　　 　 金　　　　　　　　　　 円

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  銀行　　　　　　支店 |
| 口座の種類 |  普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
|  |  |

※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも必ず添付してください。