

様式第4号（第8条関係）

箕輪町地域医療介護総合確保事業（介護施設等整備分）完了期間延長承認申請書

年 月 日

箕輪町長

郵便番号
所在地
補助事業者
代表者氏名

㊟

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度箕輪町
地域医療介護総合確保事業（介護施設等整備分）の完了期限を下記のとおり延長したい
ので承認してください。

記

- 1 事業内容
- 2 施設の種別
- 3 完了しない理由
- 4 年3月末日現在事業進捗率（見込み）
- 5 事業完了予定期日