第２号様式（第６条）

　　　年　　月　　日

横浜市産科医師等分娩手当補助金変更（中止・廃止）申請書

　横　浜　市　長

住　　　　所

　　　　医療機関名

　　　　代表者職氏名

　　年　月　日付けで交付決定を受けた　　年度横浜市産科医師等分娩手当補助金に係る事業を次のとおり変更（中止・廃止）したいので、承認を受けたく、関係書類を添えて申請します。

１　変更（中止・廃止）の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更（中止・廃止）前 | 変更（中止・廃止）後 |
|  |  |

２　変更（中止・廃止）の理由

３　添付書類

事務担当　所属・氏名

電話番号

FAX