**買い物機能強化支援事業費補助金　要望書**

提出日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　 市町村名 | |  |
| ２　 担当課名 | |  |
| ３　 担当者職氏名 | |  |
| ４ 連絡先 | | TEL：　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： |
| ５　 補助事業について | | |
|  | 間接補助事業者名 |  |
| 補助事業の概要 |  |
| 補助事業費 | 千円 |
| 負担区分 | 県負担額：　　　　　　　　千円  市町村負担額：　　　　　　　　千円  間接補助事業者負担額：　　　　　　　千円 |
| ６　 市町村予算の有無 | | 有　　　　　・　　　　　無（成立時期　　月） |
| ７　そ　の　他 | | |

※**別紙１（事業計画書），別紙２（収支予算書）を添付すること。**（事業の詳細等が決まっていない場合は，概要・概算額を記載願います。）