（様式第９号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　滋　賀　県　知　事

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所（郵便番号・本社所在地）

　氏名（名称および代表者氏名）

　発行責任者・

連絡担当者（職名・氏名）

　 （電話・ＦＡＸ番号・e-mail）

滋賀県プラスチックごみ・食品ロス削減等実践取組モデル事業補助金

補助事業中止（廃止）承認申請書

　　　年　月　日付け滋循第　号で交付決定通知のあった標記補助金について、滋賀県プラスチックごみ・

食品ロス削減等実践取組モデル事業補助金交付要綱第７条第１項の規定により、

中止

補助事業の　 　　　 について承認を受けたいので、下記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　廃止

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 補助事業の  実施の経過 |  |  |
| 中止  　　　の理由  廃止 |  |