別記様式第３号

令和７年度　滋賀県介護職員職場環境改善支援事業費補助金

事業中止（廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

申請者　　法人住所

　　　　　法人名称

代表者職名

代表者氏名

令和　年　　月　　日付け滋医福第　　号で交付決定の通知があったこのことについて、下記のとおり補助事業を中止（廃止）したいので、滋賀県介護職員職場環境改善支援事業費補助金交付要綱第６条第１項第９号の規定により、承認を申請します。

記

１　事業中止（廃止）年月日

２　事業中止（廃止）の理由

３　関係書類

・ 知事が必要と認める書類

|  |
| --- |
| 【連絡先（文書送付先）】  事業所名：  郵便番号：  住所：  発行責任者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  担当者氏名（ﾌﾙﾈｰﾑ）：  電話番号：  E-mail： |