別記様式第３号の３（第８条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

群馬県知事　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 基金事業者

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　年度群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金

中止（廃止）承認申請書（介護従事者の確保に関する事業）

　　年　　月　　日付け群馬県指令健福第　　　　号にて交付決定を受けた事業について、次のとおり中止（廃止）したいので、申請します。

　　１　事業区分

　　２　交付決定額

金　　　　　　　円

３　中止（廃止）の理由