

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

所在地
法人名
代表者職氏名

㊟

年度社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた標記補助金について、下記の理由により中止（又は廃止）したいので、安曇野市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付要綱第8条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

- 1 中止（廃止）の理由
- 2 中止（廃止）の時期

（添付書類）

- 1 対象者一覧表（様式1-1、様式1-2、様式1-3又は様式1-4）
- 2 市町村別助成額内訳書（様式2-1又は様式2-2）