様式第４号（第８条関係）

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　印

　　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）