様式３

文書番号・記号

令和　年　月　日

（宛先）秋田県知事

住所

商号又は名称

代表者職名

代表者氏名

秋田県介護テクノロジー活用支援事業の中止（廃止）の承認について（申請）

令和　年　月　日付け指令長寿－　で補助金の交付決定のあった秋田県介護テクノロジー活用支援事業を中止（廃止）したいので、次のとおり申請します。

１　対象事業所名

２　補助金等交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　円

３　中止（廃止）する理由

４　中止（廃止）する部分

５　添付書類

（１）補助金所要額調書（様式１の別紙１）

（２）補助事業収支予算書（様式１の別紙２）

【事業担当者情報記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業担当者・職氏名 | 電話番号 | 登録メールアドレス |
|  |  |  |

注：原則、交付申請書に記載いただいた事業担当者の職氏名、電話番号、メールアドレスを御記入ください。