

様式第3号（第8条第2号関係）

箕輪町地域医療介護総合確保事業（介護施設等整備分）の中止（廃止）申請書

年 月 日

箕輪町長

郵便番号
所在地
補助事業者
代表者氏名

印

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度箕輪町地域医療介護総合確保（介護施設整備分）を中止（廃止）したいので申請します。

記

中止（廃止）する事業名	中止期間（廃止の時期）	中止（廃止）の理由