

様式第4号（第8条関係）

埼玉県介護テクノロジー定着支援事業費補助金事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

（申請者）

法人所在地

法人名称

代表者

役職・氏名

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた埼玉県介護テクノロジー定着支援事業費補助金について、事業の中止（廃止）の承認を受けたいので埼玉県介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱第8条の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

1 交付の対象 該当する補助対象に○をつけてください。

	介護テクノロジー（実施要領第4条第1項（1））
	介護ソフトの定着促進支援（実施要領第4条第1項（2））
	介護テクノロジーのパッケージ型導入支援（実施要領第4条第2項）

2 中止（廃止）の理由

3 中止（廃止）の時期