

番  
令和 年 月 日

三重県知事 様

法人所在地  
法人名  
代表者職氏名

令和 年度三重県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業補助金  
中止・廃止承認申請書

令和 年 月 日付け三重県指令医保第 号で交付決定通知のあった  
令和 年度三重県地域のケアマネジメント提供体制確保支援事業補助金について、  
下記のとおりその事業を(中止・廃止)しますので、承認をいただきたく申請します。

1. 中止・廃止する時期

(1) 中止の場合

中止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

(2) 廃止の場合

廃止年月日 令和 年 月 日

2. 中止・廃止の理由

(1) 中止の場合

(2) 廃止の場合