様式第８号（第11条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　長 崎 県 知 事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　法人の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

**介護ＤＸ化推進補助金**

**に係る補助事業の中止（廃止）承認申請書**

　 　　年　　月　　日付け　　　第　　　号をもって交付決定の通知があった上記の補助事業を下記の理由により中止（廃止）したいので、長崎県補助金等交付規則（昭和40年長崎県規則第 16号）第11条第２項第２号の規定により申請します。

**記**

１　中止（廃止）する理由

２　中止の期間（廃止の時期）

発行責任者及び担当者

発行責任者 〇〇 〇〇（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）

発行担当者 △△ △△（連絡先〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇）