第4号様式（第5条関係）

番　　　　　　　号

　年　　月　　日

　　　国頭村長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　印

　　年度国頭村地域医療介護総合確保基金事業中止（廃止）承認申請書

　　　年　　月　　日付け国頭村指令福第　　　号で補助金交付決定の通知があった補助事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、承認して下さるよう申請します。

記

１　補助事業名

２　中止（廃止）の理由

３　当初事業計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名（区分） | 事業着手  予定年月日 | 事業完了  予定年月日 | 備　考 |
|  |  |  |  |

　４　中止期間又は廃止年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名（区分） | 中止期間 | 廃止年月日 | 備　考 |
|  |  |  |  |