様式第４号（第１０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

令和　　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

　令和 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１０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　　希望する補助対象に〇をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
|  | 介護ロボット等の導入支援 |
|  | ＩＣＴ等の導入支援 |
|  | 介護テクノロジーのパッケージ型導入支援 |

２　中止（廃止）の理由

３　中止（廃止）の時期