様式第１２号

宗像市介護人材確保・定着補助金交付申請取下書

年　　　月　　　日

（宛先）宗像市長

|  |  |
| --- | --- |
| [申請者]　所在地： |  |
| 法人名： |  |
| 代表者職・氏名： |  |
| 担当者氏名： |  |
| 電話番号： |  |

年　　月　　日付け　宗介第　　号で補助金の交付決定のあった宗像市介護人材確保・定着補助事業交付補助金の交付申請を、下記のとおり取り下げます。なお、提出済みの書類に関しては返却を求めません。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助事業の名称 | ○ | 介護人材確保事業 | ○ | 介護人材定着事業 |
| ※該当する事業のどちらかの○を黒塗り(●)又はチェックしてください |
| 取り下げの理由 |  |

以上