様式第５号（第10条関係）

　年　　月　　日

沖縄県介護保険広域連合長　様

住　　　　　所

商号又は名称　　　　　 　　　　　　　印

代表者名

補助金事業中止（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を受けた補助事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、承認願います。

記

１　対象サービス名

　　離島地域名

２　中止（廃止）の理由

３　中止の期間（廃止の時期）