

福島県知事

住所
法人名等
代表者名
担当者名
電話番号

番号
令和 年 月 日

水色のセルのみ入力してください

申請する法人等が文書番号等を管理している場合は記入してください

<法人格のない団体の場合>
代表者の住所の記載も必要となりますので、法人名等と代表者名の間に行を挿入し、「代表者住所」と明記の上、代表者住所を記入してください

福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金の申請取り下げ届出書

下記の福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金（介護人材確保対策事業）の事業計画を取り下げます。

記

プルダウンから該当する事業名を選択

1 補助事業名

2 補助金の内示年月日及び番号

令和 年 月 日付 生福第 号

3 交付見込額

金 0 円

4 事業取り下げの理由

内示通知書

指令番号
内示決定年月日

〇〇生福第〇〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

社会福祉法人 〇〇〇 様

福島県社会福祉課長

令和〇年度福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金
（介護人材確保対策事業）交付額の内示について（通知）
このことについて、下記のとおり補助金が交付される見込みですので、福島県補助金等の交付等に関する規則（昭和45年福島県規則第107号）第4条及び福島県地域医療介護総合確保基金事業補助金交付要綱第3条の規定に基づき、令和〇年〇月〇日（月）までに補助金交付申請書を提出してください。

記

番号	事業名	交付見込額（円）
1	〔1〕地域における介護のしごと魅力発信事業	25,000円

2 提出書類 福島県地域医療介護総合確保基金事業交付申請書（第1号様式及び添付書類）

3 提出部数 1部

4 提出先 社会福祉課

内示決定年月日と指令番号を記入してください

取り下げの理由を記入してください
<記入例>
〇〇感染症の拡大懸念の為
予定していた職員が（退職した、業務繁忙等）為、受講できなくなったから