（様式第３号）

番　　　号

令和　　年　　月　　日

長野県知事　殿

所 在 地

法人等名

代 表 者

長野県介護職員処遇改善支援補助金中止（廃止）承認申請書

　令和　年　月　日付け長野県指令　　第　　号で交付決定のあった、長野県介護職員処遇改善支援補助金について、次の理由により事業を中止（廃止）したいので申請します。

記

　中止（廃止）の理由