（様式第５号）

長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金中止（廃止）承認申請書

第　　号

　　　年　　月　　日

長野県知事　　○○　○○　様

補助事業者

（所在地）

（法人等の名称）

（代表者職・氏名）

　　　　年　　月　　日付長野県指令　　第　　号で補助金の交付決定があった　　　年度長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）について、下記のとおり中止（廃止）したいので承認してください。

記

１　事業名

　　外国人介護人材受入支援事業

２　事業中止（廃止）の理由

３　事業の進捗状況

４　事業を中止する期間

５　事業実施の見通し

（※　廃止の場合、３以下は記載不要です。）