

様式第8号（第17条関係）

助成金交付申請取下げ届出書

年 月 日

美幌町長 様

申請者 住 所

氏 名

（医療法人の場合は、名称及び代表者氏名）

電話番号

年 月 日付け 年美幌町第 号指令で交付決定を受けた助成事業について、次の理由により助成金の交付申請を取り下げます。

1 助成金の名称

2 事業の名称

3 取下げ理由