第５号様式(第12条関係)

番　　　　　号

年　　月　　日

　奈良県知事　様

補助事業者

住所

氏名又は名称　　　　　　　　　　印

（元号）　　年度病床転換助成事業補助金中止（廃止）承認申請書

　（元号）　　年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　　号により交付決定のあった標記事業について、下記理由により中止（廃止）したいので、病床転換助成事業補助金交付要綱第12条第２項の規定に基づき申請します。

記

　１　中止（廃止）の理由

　２　添付書類