番　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金取下げ申請書

年　　月　　日付け奈良県指令　　第　　号をもって交付決定の通知があった標記の補助金にかかる申請を下記の理由により取り下げたいので、新型コロナウイルス感染症対応医療従事者特殊勤務手当補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　交付決定番号

　　２　取り下げる理由