別紙様式２（第９条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

 群馬県知事　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業者

 　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

令和６年群馬県福祉・介護職員処遇改善支援補助金中止（廃止）承認申請書

 令和６年　　月　　日付け群馬県指令　　第　　　　号にて交付決定を受けた事業について、次のとおり中止（廃止）したいので、申請します。

　　１　交付決定額

金　　　　　　　円

２　中止（廃止）の理由