様式第９号（第８条関係）

　　令和　　年　　月　　日

明石市介護・障害福祉分野の社会福祉法人等奨学金返済支援制度事業補助金事業

中止（廃止）届出書

明石市長　様

法人所在地

名　　　　　称

代表者職・氏名

電話番号

令和　　年　　月　　日付け明施人第　　　号をもって交付決定（変更承認）のあった明石市介護・障害福祉分野の社会福祉法人等奨学金返済支援制度事業補助金について、下記のとおり県社協要綱第１１条第２項の規定による中止又は廃止の承認を受けたため、同補助金交付要綱第８条の規定により届出します。

なお、添付書類の写しは、原本の写しに間違いないことを誓約いたします。

記

１　中止（廃止）の理由

２　廃止予定年月日　　令和 　年 　月 　日

中止予定年月日　　令和 　年 　月 　日から令和 　年 　月 　日まで

　３　添付書類

　　　①県社協要綱第11条第２項に規定する「社会福祉法人等奨学金返済支援制度事業補助金事業中止（廃止）承認通知書」の写し

【この申請に対する連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| Ｅ-ｍａｉｌ |  |