

(様式第 1 1 号)

年 月 日

千葉県障害者福祉バス借上補助金廃止（中止）承認申請書

(あて先)千 葉 市 長

団体名
代表者住所
代表者氏名
電話番号

(※) 記名押印又は本人（代表者）が署名してください。ただし、押印又は署名以外の方法により本人（代表者）からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

年 月 日付 千葉県指令 第 号により交付決定された補助金について、事業を廃止（中止）したいので、千葉県福祉バス借上補助金交付要綱第 1 3 条第 2 項の規定により、事業廃止（中止）を申請します。

記

1 廃止（中止）希望日 年 月 日

2 廃止（中止）の理由

--