様式第６号（第１１条関係）

　　年　　月　　日

福　山　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関所在地）〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名称）

　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　（代表者名）

**事業中止（廃止）承認申請書**

　　　　　　年　　月　　日付け福山市指令保予第　　号で交付決定を受けた福山市小児慢性特定疾病医療意見書オンライン化支援事業補助金について，補助金交付申請書の内容を中止（廃止）したいので，次のとおり申請します。

１　中止（廃止）の理由

２　補助対象事業中止の期間（廃止の時期）

※当該理由を説明するための書類があれば添付してください。