

第 5 号 様 式 （ 第 8 条 ）

介護職員初任者研修等費用助成事業補助金交付申請取下届

（あて先）印西市長

年 月 日付 第 号にて交付の決定があった印西市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金について、下記のとおり取り下げます。

記

補助金額 円

取下げ理由

年 月 日

住所 _____

氏名 _____