様式第３号（第７条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

大阪府知事　様

所在地

団体名

代表者

（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職・氏名）

令和５年度　大阪府在宅医療移行支援事業補助事業中止（廃止）承認申請書

大阪府在宅医療移行支援事業補助金交付要綱第７条第４項の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業の  実施の経過 |  |
| 中止  　　　の理由  廃止 |  |

※添付書類

　　その他参考となる書類