

診療所設置費等助成金交付申請取下げ届出書

年 月 日	
稚内市長 様	
申請者 住 所 氏 名 印	
〔 医療法人の場合にあっては 名称及び代表者氏名 〕	
年 月 日付 第 号をもって 助成金の交付の 決定を受けた次の事業等については、下記の理由により助成金の交付申請を取り下 げます。	
助 成 金 の 名 称	
事 業 等 の 名 称	
取 下 げ 理 由	

注1 この様式は、助成金の交付の決定を受けた内容又は条件に不服があり、申請を取  
り下げるときに、助成金の決定の通知を受理した日から10日以内に提出すること。

2 取下げの理由については、できるだけ詳しく記載すること。